



État des lieux socio-sanitaire

BASSIN URBAIN À DYNAMISER

AVANT PROPOS

Bien que non mentionnée explicitement, la santé est devenue incontournable en termes de politiques publiques. Bien évidemment, cela l'est d'autant plus pour tout ce qui a trait à l'installation, voire au maintien, de professionnels de santé libéraux, et ce de façon territorialisée. La présence ou non d'établissements sanitaires et médico-sociaux revêt également une extrême importance quant aux dynamiques populationnelles actuelles ou à venir. Au delà, la situation sanitaire et les comportements de la population au regard de sa santé se doivent d'être pris en compte dans l'accompagnement des prises de décision. Disposer des informations qui permettent d'orienter les choix devient, dans ce contexte, indispensable. C'est à quoi s'attelle le présent document en offrant une situation à partir des données actualisées mais aussi prenant en compte les évolutions.

Le conseil régional Hauts-de-France a souhaité s'engager de façon volontariste aux côtés des élus du Bassin urbain à dynamiser qui ont, à plusieurs reprises, souligné la situation dégradée quant aux caractéristiques sanitaires de la population qu'ils représentent. Dans ce contexte, la réalisation d'un diagnostic sur le Bassin urbain à dynamiser constitue un préalable à toutes les actions que la collectivité régionale pourrait mettre en place.

La situation compliquée que connaît cette partie des Hauts-de-France n'est pas nouvelle. Mais, comme l'attestent les informations présentées dans ce document, elle ne s'améliore pas ces dernières années pour nombre d'indicateurs au regard de la moyenne nationale, voire même du reste de la région. Naturellement la fragilité sociale de la population contribue pour une grande part au constat sanitaire. Le passé ne doit pas pour autant hypothéquer l'avenir et le présent est d'ailleurs là pour s'en convaincre. En effet, la situation n'est pas homogène au sein des quelque cent cinquante communes qui composent le Bassin urbain à dynamiser et, plus largement, des sept établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Les différences dans le domaine social relevées entre le Bassin urbain à dynamiser et la partie complémentaire à ce Bassin au sein des sept EPCI soulignent à quel point il est indispensable de mener un travail ciblé et partagé localement par l'ensemble des acteurs impliqués. L'objet est bien est que la santé des diverses populations qui composent le territoire puisse s'améliorer en inversant la dynamique négative actuelle le plus rapidement possible.

UN ÉTAT DES
LIEUX LOCALISÉ
PERMETTANT
DE MIEUX CERNER
LES SPÉCIFICITÉS DU
BASSIN URBAIN À
DYNAMISER

Élisabeth LEWANDOWSKI

*Présidente
de l'observatoire régional de la santé
et du social*

Monique RYO

*Vice-présidente en charge des formations
sanitaires et sociales et de la santé
du conseil régional Hauts-de-France*

S O M M A I R E

- p. 1 Avant propos
- p. 3 Introduction
- p. 4 Territoire d'observation comprenant le Bassin urbain à dynamiser
- p. 6 Contexte régional
- p. 9 Situation sociodémographique
 - p. 10 Population
 - p. 13 Naissances et fécondité
 - p. 14 Éducation, emploi et revenus
 - p. 16 Prestations sociales
- p. 17 Offre de soins et de services
 - p. 18 Médecins généralistes
 - p. 19 Médecins spécialistes en accès direct
 - p. 20 Autres professionnels de santé
 - p. 22 Pharmaciens
 - p. 22 Médecine, chirurgie, obstétrique
 - p. 24 Soins de suite et de réadaptation
 - p. 25 Psychiatrie
 - p. 26 Personnes âgées
 - p. 28 Jeunes en situation de handicap
 - p. 29 Adultes en situation de handicap
 - p. 31 Offre spécifique
- p. 33 État de santé
 - p. 34 Espérance de vie
 - p. 35 Mortalité prématurée toutes causes
 - p. 36 Répartition des causes de décès
 - p. 37 Cancers
 - p. 40 Maladies cardiovasculaires
 - p. 42 Maladies de l'appareil respiratoire
 - p. 43 Broncho-pneumopathie chronique obstructive
 - p. 44 Maladies de l'appareil digestive
 - p. 45 Maladies du système nerveux
 - p. 46 Suicide
 - p. 47 Accidents
 - p. 48 Mortalités évitables
- p. 51 Synthèse
- p. 55 Siglaire



INTRODUCTION

Ce document a pour objet de dresser un état des lieux socio-sanitaire du Bassin urbain à dynamiser. Situé dans la partie nord des Hauts-de-France, celui-ci est composé de cent cinquante communes réparties dans sept établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sur deux départements¹.

Les indicateurs présentés sont calculés à partir des dernières informations disponibles. La dimension temporelle est également prise en compte afin d'apprécier parallèlement la dynamique territoriale.

Cet état des lieux repose sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses bases de données. La majorité des informations traitées est disponible sur l'ensemble de la France au niveau communal, rendant possible des comparaisons entre de nombreux territoires (et particulièrement au niveau des EPCI) et avec le niveau national. Ceci est le fruit des conventions signées entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et les principaux producteurs de données du niveau national. Ces partenariats, qui s'inscrivent de plus dans la continuité offrent un suivi des évolutions, fondamentales pour la mesure des dynamiques territoriales. Par ailleurs, des conventionnements avec des acteurs régionaux signataires de la charte de la Plateforme sanitaire et sociale (PF2S) Hauts-de-France² complètent le système d'information en offrant un accès à d'autres données qui enrichissent les analyses et représentations produites.

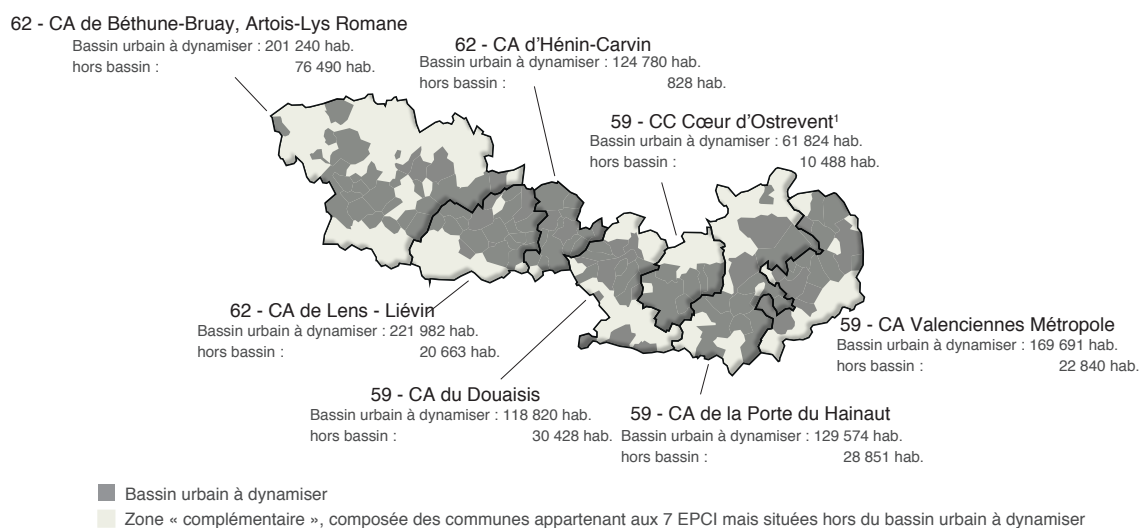
De façon générale, la situation du Bassin urbain à dynamiser est comparée à celles de la France hexagonale, des Hauts-de-France et de la partie complémentaire au Bassin au regard des sept EPCI dans lesquelles se répartissent les communes du Bassin. De façon plus locale, les comparaisons portent sur quatorze territoires où chaque EPCI est découpée en deux parties : la première partie est composée des communes appartenant au Bassin urbain à dynamiser et la seconde partie additionne l'ensemble des autres communes de l'EPCI. Toutefois, les cartes sont présentées sur la partie du Bassin au niveau communal afin de mieux saisir les réalités de ce territoire.

¹ Cf. pages 4 et 5.

² www.pf2s.fr



TERRITOIRE D'OBSERVATION COMPRENANT LE BASSIN URBAIN À DYNAMISER



Le Bassin urbain à dynamiser est composé de 150 communes (cf. liste figurant sur la page ci-contre) ; il compte un peu plus d'un million d'habitants au 1^{er} janvier 2015. La moitié des communes est située dans le département du Nord et l'autre dans le Pas-de-Calais.

De plus, comme l'illustre la carte ci-dessus, il s'étend sur sept établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Toutes les communes de ces sept EPCI, n'appartiennent pas au Bassin urbain à dynamiser : l'ensemble de ces communes est nommé partie complémentaire. Cette zone est moins densément peuplée que le Bassin urbain à dynamiser : 216 habitants au km² contre 915 habitants au km² (à comparer au 118 habitants au km² pour la France hexagonale et au 189 habitants au km² pour l'ensemble des Hauts-de-France au recensement de 2015).

Afin de mesurer d'éventuelles disparités au sein du Bassin urbain à dynamiser, une analyse complémentaire est menée en le scindant suivant les EPCI. La zone la moins peuplée correspond à la fraction de la CC Cœur d'Ostrevent (près de 62 000 habitants dans cette zone, soit 85 % de la population de l'ensemble de cet EPCI¹) et la zone la plus peuplée correspond à la CA de Lens - Liévin (près de 222 000 habitants, soit 91 % de l'ensemble de la population de cette CA).

Quelques communes du Bassin urbain à dynamiser sont très peu peuplées : douze communes comptent moins de 1 000 habitants et quarante-cinq communes ont entre 1 000 et 4 000 habitants. À l'inverse, les communes les plus fortement peuplées sont Valenciennes (un peu plus de 44 000 habitants), Douai (près de 40 000 habitants), Liévin (un peu plus de 31 000 habitants) et Lens (un peu plus de 30 000 habitants).

Outre l'analyse de l'ensemble des 150 communes du Bassin urbain à dynamiser, plusieurs zooms sont réalisés : un en fractionnant le Bassin urbain suivant les EPCI et un en traitant les communes relativement peuplées de manière isolée.

¹ En prenant en compte la commune d'Émerchicourt qui depuis le 1^{er} janvier 2019 appartient à la CA de la Porte du Hainaut (cf. page ci-contre).

BASSIN URBAIN À DYNAMISER

Les 150 communes du Bassin urbain à dynamiser¹

62 - CA d'Hénin-Carvin

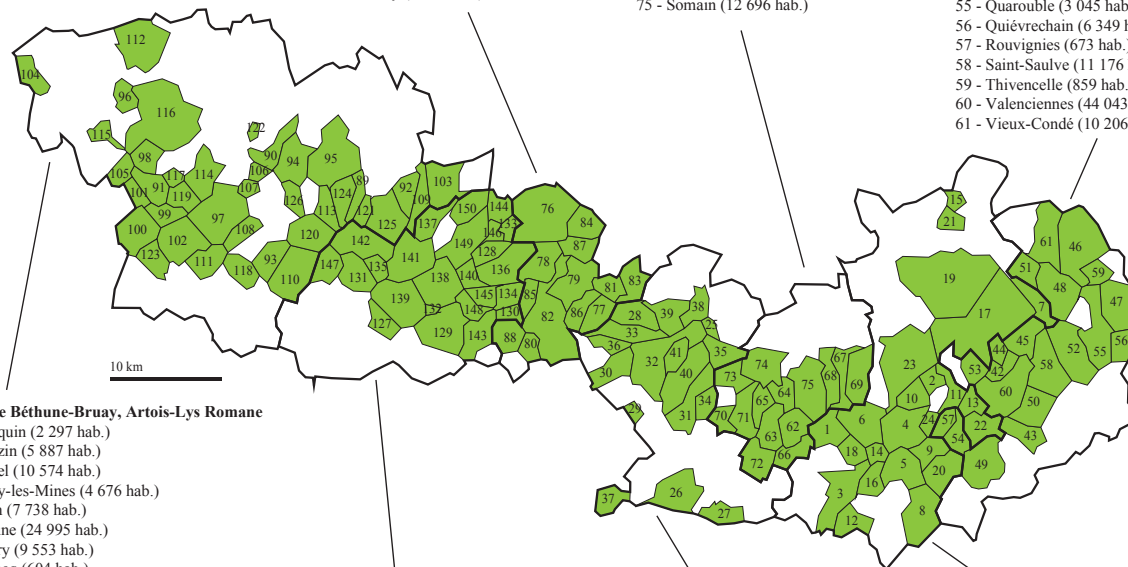
- 76 - Carvin (17 031 hab.)
- 77 - Courcelles-lès-Lens (7 462 hab.)
- 78 - Courrières (10 696 hab.)
- 79 - Dourges (5 766 hab.)
- 80 - Drocourt (2 948 hab.)
- 81 - Évin-Malmaison (4 594 hab.)
- 82 - Hénin-Beaumont (26 379 hab.)
- 83 - Leforest (7 056 hab.)
- 84 - Libercourt (8 442 hab.)
- 85 - Montigny-en-Gohelle (10 409 hab.)
- 86 - Noyelles-Godault (5 708 hab.)
- 87 - Oignies (9 632 hab.)
- 88 - Rouvroy (8 657 hab.)

59 - CC Cœur d'Ostrevent

- 62 - Aniche (10 372 hab.)
- 63 - Auberchicourt (4 361 hab.)
- 64 - Bruille-lez-Marchiennes (1 305 hab.)
- 65 - Écaillon (1 949 hab.)
- 66 - Émerchicourt (880 hab.)¹
- 67 - Erre (1 574 hab.)
- 68 - Fenain (5 335 hab.)
- 69 - Hornaing (3 560 hab.)
- 70 - Lewarde (2 468 hab.)
- 71 - Masny (4 121 hab.)
- 72 - Monchecourt (2 490 hab.)
- 73 - Montigny-en-Ostrevent (4 771 hab.)
- 74 - Pecquencourt (5 942 hab.)
- 75 - Somain (12 696 hab.)

59 - CA Valenciennes Métropole

- 42 - Anzin (13 587 hab.)
- 43 - Aulnoy-lez-Valenciennes (7 339 hab.)
- 44 - Beuvrages (6 582 hab.)
- 45 - Bruay-sur-l'Escaut (11 643 hab.)
- 46 - Condé-sur-l'Escaut (9 630 hab.)
- 47 - Crespin (4 471 hab.)
- 48 - Fresnes-sur-Escaut (7 634 hab.)
- 49 - Maing (4 063 hab.)
- 50 - Marly (11 590 hab.)
- 51 - Odomez (935 hab.)
- 52 - Onnaing (8 726 hab.)
- 53 - Petite-Forêt (4 870 hab.)
- 54 - Prouvy (2 270 hab.)
- 55 - Quarouble (3 045 hab.)
- 56 - Quiévrechain (6 349 hab.)
- 57 - Rouvignies (673 hab.)
- 58 - Saint-Saulve (11 176 hab.)
- 59 - Thivencelle (859 hab.)
- 60 - Valenciennes (44 043 hab.)
- 61 - Vieux-Condé (10 206 hab.)



62 - CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane

- 89 - Annequin (2 297 hab.)
- 90 - Annezin (5 887 hab.)
- 91 - Auchel (10 574 hab.)
- 92 - Auchy-les-Mines (4 676 hab.)
- 93 - Barlin (7 738 hab.)
- 94 - Béthune (24 995 hab.)
- 95 - Beuvry (9 553 hab.)
- 96 - Bourecq (604 hab.)
- 97 - Bruay-la-Buissière (22 119 hab.)
- 98 - Burbure (2 984 hab.)
- 99 - Calonne-Ricouart (5 478 hab.)
- 100 - Camblain-Châtelain (1 790 hab.)
- 101 - Cauchy-à-la-Tour (2 903 hab.)
- 102 - Divion (6 833 hab.)
- 103 - Douvrin (5 143 hab.)
- 104 - Estrée-Blanche (955 hab.)
- 105 - Ferfay (918 hab.)
- 106 - Fouquereuil (1 522 hab.)
- 107 - Gosnay (942 hab.)
- 108 - Haillicourt (5 003 hab.)
- 109 - Haisnes (4 367 hab.)
- 110 - Hersin-Coupigny (6 182 hab.)
- 111 - Houdain (7 364 hab.)
- 112 - Isbergues (9 050 hab.)
- 113 - Labourse (2 690 hab.)
- 114 - Lapugnoy (3 444 hab.)
- 115 - Lières (382 hab.)
- 116 - Lillers (10 196 hab.)
- 117 - Lozinghem (1 301 hab.)
- 118 - Maisnil-lès-Ruitz (1 629 hab.)
- 119 - Marles-les-Mines (5 652 hab.)
- 120 - Neoux-les-Mines (12 188 hab.)
- 121 - Noyelles-lès-Vermelles (2 401 hab.)
- 122 - Oblinghem (364 hab.)
- 123 - Ourton (778 hab.)
- 124 - Saily-Labourse (2 254 hab.)
- 125 - Vermelles (4 653 hab.)
- 126 - Verquin (3 431 hab.)

62 - CA de Lens - Liévin

- 127 - Angres (4 305 hab.)
- 128 - Annay (4 261 hab.)
- 129 - Avion (18 245 hab.)
- 130 - Billy-Montigny (8 183 hab.)
- 131 - Bully-les-Mines (12 512 hab.)
- 132 - Éleu-dit-Leauwette (2 985 hab.)
- 133 - Estevelles (2 053 hab.)
- 134 - Fouquières-lès-Lens (6 409 hab.)
- 135 - Grenay (6 914 hab.)
- 136 - Harnes (12 595 hab.)
- 137 - Hulluch (3 424 hab.)
- 138 - Lens (30 413 hab.)
- 139 - Liévin (31 237 hab.)
- 140 - Loison-sous-Lens (5 347 hab.)
- 141 - Loos-en-Gohelle (6 568 hab.)
- 142 - Mazingarbe (7 970 hab.)
- 143 - Méricourt (11 710 hab.)
- 144 - Meurchin (3 810 hab.)
- 145 - Noyelles-sous-Lens (6 750 hab.)
- 146 - Pont-à-Vendin (3 167 hab.)
- 147 - Sains-en-Gohelle (6 280 hab.)
- 148 - Sallaumines (10 010 hab.)
- 149 - Vendin-le-Vieil (8 227 hab.)
- 150 - Wingles (8 607 hab.)

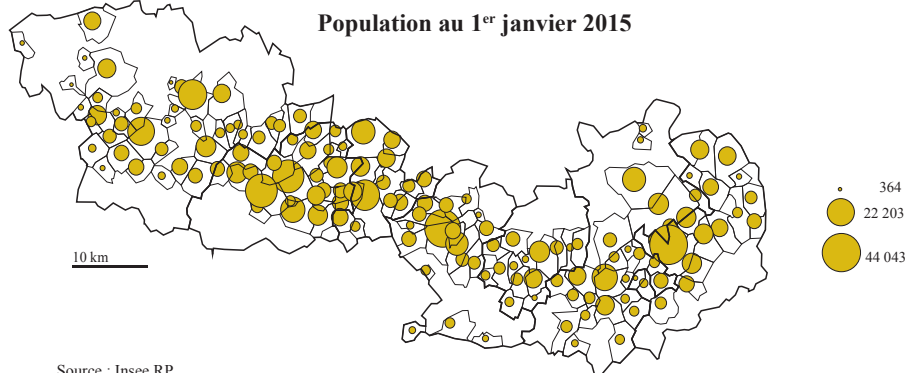
59 - CA du Douaisis

- 25 - Anhiers (916 hab.)
- 26 - Arleux (3 031 hab.)
- 27 - Aubigny-au-Bac (1 189 hab.)
- 28 - Auby (7 327 hab.)
- 29 - Courchelettes (2 804 hab.)
- 30 - Cuincy (6 477 hab.)
- 31 - Dechy (5 299 hab.)
- 32 - Douai (39 989 hab.)
- 33 - Flers-en-Escrebieux (5 897 hab.)
- 34 - Guesnain (4 673 hab.)
- 35 - Lallaing (6 188 hab.)
- 36 - Lauwin-Planque (1 750 hab.)
- 37 - Lécuse (1 367 hab.)
- 38 - Râches (2 723 hab.)
- 39 - Roost-Warendin (6 099 hab.)
- 40 - Sin-le-Noble (15 593 hab.)
- 41 - Waziers (7 498 hab.)

59 - CA de la Porte du Hainaut

- 1 - Abscon (4 426 hab.)
- 2 - Bellaing (1 212 hab.)
- 3 - Bouchain (4 044 hab.)
- 4 - Denain (19 920 hab.)
- 5 - Douchy-les-Mines (10 783 hab.)
- 6 - Escaudain (9 467 hab.)
- 7 - Escautpont (4 274 hab.)
- 8 - Haspres (2 761 hab.)
- 9 - Haulchin (2 282 hab.)
- 10 - Haveluy (3 110 hab.)
- 11 - Hérin (4 080 hab.)
- 12 - Hordain (1 422 hab.)
- 13 - La Sentinelle (3 200 hab.)
- 14 - Lourches (3 889 hab.)
- 15 - Mortagne-du-Nord (1 643 hab.)
- 16 - Neuville-sur-Escaut (2 698 hab.)
- 17 - Raismes (12 642 hab.)
- 18 - Roelux (3 832 hab.)
- 19 - Saint-Amand-les-Eaux (16 534 hab.)
- 20 - Thiant (2 756 hab.)
- 21 - Thun-Saint-Amand (1 135 hab.)
- 22 - Trith-Saint-Léger (6 290 hab.)
- 23 - Wallers (5 520 hab.)
- 24 - Wavrechain-sous-Denain (1 654 hab.)

Population au 1^{er} janvier 2015



Source : Insee RP

¹ Le traitement des informations a été réalisé en 2018. Au 1^{er} janvier 2019, la commune d'Émerchicourt est passée de la CC Cœur d'Ostrevent à la CA de la Porte du Hainaut. Cela ne change pas les valeurs globales du Bassin urbain à dynamiser ni celles de la partie complémentaire. Cela a un impact réduit sur la partie appartenant au Bassin urbain à dynamiser des deux EPCI concernés.

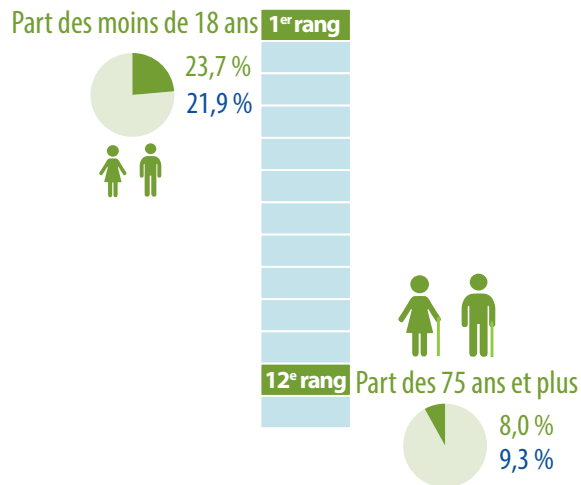
CONTEXTE RÉGIONAL

Avec plus de six millions d'habitants, les Hauts-de-France, arrivent en troisième position des régions les plus peuplées de France (deuxième place en termes de densité dans l'Hexagone, après l'Île-de-France). Si, en nombre, la population ne cesse d'augmenter, les Hauts-de-France enregistrent cependant depuis de nombreuses années un des plus faibles taux d'accroissement des régions françaises (quatrième plus faible entre 2010 et 2015). Et pourtant sur les quarante dernières années, l'indice conjoncturel de fécondité se situe parmi les plus élevés. Ainsi, si les Hauts-de-France occupaient jusqu'à la période 2013-2015 la première ou la deuxième place du classement des régions de France hexagonale, pour la dernière période triennale (2015-2017), ils se retrouvent désormais en troisième position repassant sous la barre des deux enfants par femme. Les naissances nombreuses ont pour conséquence une population régionale pouvant être considérée comme jeune. Ainsi, les Hauts-de-France enregistrent la part la plus élevée de jeunes de moins de 18 ans parmi les régions de France hexagonale, se situant au deuxième rang pour celle des 18-34 ans. À l'inverse, les parts des personnes plus âgées (60-74 ans et 75 ans et plus) sont moindres qu'en France, situant les Hauts-de-France en avant-dernière position des régions françaises.

Population

6,01 millions d'habitants au RP 2015

Classement des Hauts-de-France en regard des régions de France hexagonale

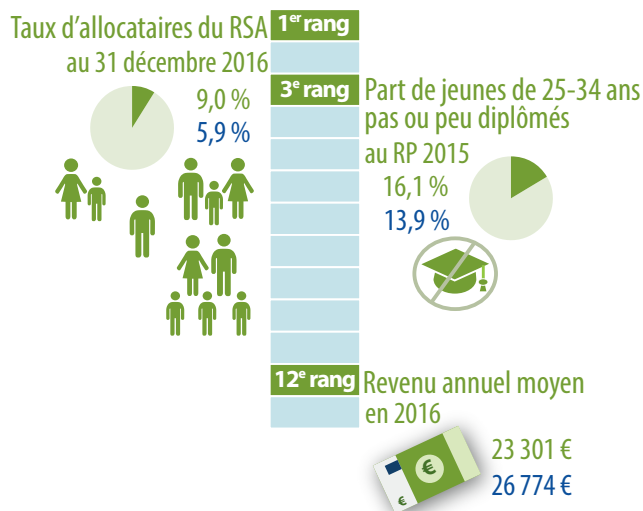


Source : Insee RP - Exploitation OR2S

Situation sociale

490 000 personnes couvertes par le RSA au 31 décembre 2016

Classement des Hauts-de-France en regard des régions de France hexagonale



Le contexte social y est plus fragile au regard de ce qui est observé sur le reste du pays. Les taux d'allocataires, pour une majorité de prestations sociales, sont les plus importants des régions de l'Hexagone. Cette fragilité sociale se mesure également à travers un chômage élevé, notamment des jeunes, des revenus moyens bien en-deçà de ceux des foyers fiscaux du reste du pays et une part plus importante de jeunes sortis du système scolaire sans ou avec peu de diplôme. En outre, au regard des valeurs nationales, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi est inférieure alors que celles des ouvriers et, à un degré moindre, des employés sont plus conséquentes.

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee RP, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

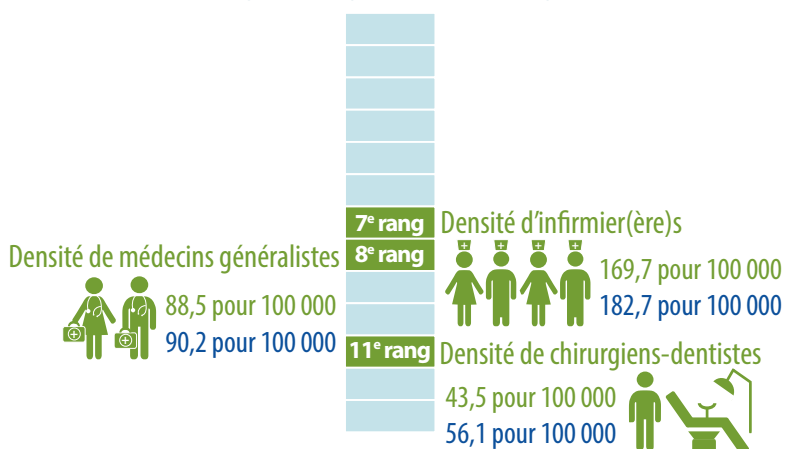
Hauts-de-France France hexagonale



Professionnels de santé libéraux

9 150 médecins généralistes et spécialistes libéraux
au 1^{er} janvier 2018

Classement des Hauts-de-France
en regard des régions de France hexagonale



Sources : Adeli 2018, Drees / Asip-Santé - RPPS 2018, Insee RP - Exploitation OR25

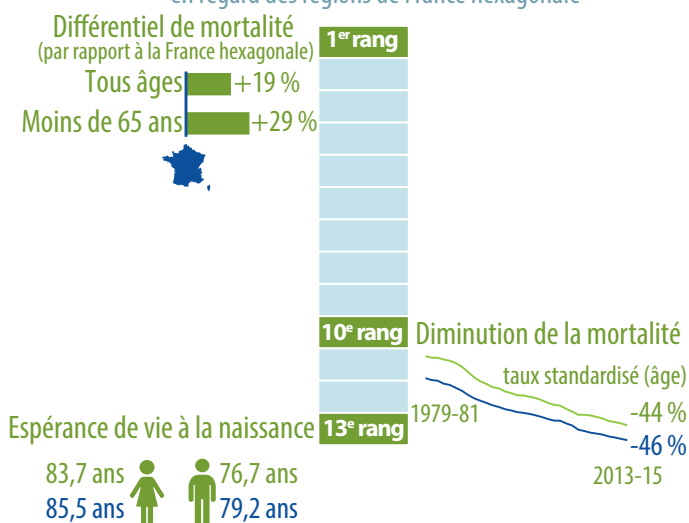
Concernant l'offre de soins, la région présente des densités de professionnels de santé qui sont le plus souvent inférieures à celles relevées dans l'ensemble du pays. Si la densité régionale des médecins généralistes est quasiment identique à celle de la France, les Hauts-de-France se classent à l'avant-dernière position des régions hexagonales pour les médecins spécialistes ayant une activité libérale. Ceci se retrouve pour bon nombre de spécialités, la psychiatrie étant plus spécifiquement à mentionner avec la plus faible densité des régions de l'Hexagone. Toujours concernant les divers médecins spécialistes, l'offre salariée ne comble pas la sous-dotation que connaît la région, même si le déficit relevé au regard du niveau national est alors un peu moins marqué. Le constat peu favorable pour les médecins spécialistes est retrouvé pour de nombreux autres professionnels de santé. Ainsi, les sages-femmes, avec la plus faible densité des régions pour l'activité libérale (seconde plus faible toutes activités), et les chirurgiens-dentistes, troisième plus faible densité, ressortent particulièrement. Ceci est plus nuancé pour les infirmiers(ère)s qui présentent une densité plus proche de celle de la France, toutes activités confondues (libérale et salariée).

À l'instar de ce qui est observé pour la dimension sociale, les indicateurs d'état de santé sont moins bons que ceux observés dans les autres régions de France hexagonale. Les plus faibles espérances de vie, des hommes comme des femmes, en constituent l'illustration la plus tangible. Tant pour les cancers que pour les maladies cardiovasculaires, les décès sont très nombreux avec un constat toujours identique : le retard avec le niveau national est toujours le même, voire parfois a tendance à s'aggraver. Ainsi, la population des Hauts-de-France connaît en 2013-2015 le niveau de mortalité retrouvée en France hexagonale dix ans plus tôt. Les données de morbidité approchée à travers les admissions de longue durée confirment ce constat, même si les écarts avec les autres régions sont moins marqués. Ceci amène d'ailleurs à s'interroger sur cette spécificité et, *in fine*, sur le comportement de la population au regard de sa santé.

État de santé

54 100 décès en moyenne annuelle en 2013-2015

Classement des Hauts-de-France
en regard des régions de France hexagonale



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR25

Hauts-de-France France hexagonale





SITUATION SOCIO DÉMOGRAPHIQUE

CETTE PARTIE TRAITE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, NOTAMMENT SA RÉPARTITION AINSI QUE LES ASPECTS AUTOUR DES NAISSANCES ET DE FÉCONDITÉ. L'ÉDUCATION, L'EMPLOI ET LES REVENUS. LES PRESTATIONS SOCIALES Y SONT ÉGALEMENT ABORDÉS.



POPULATION

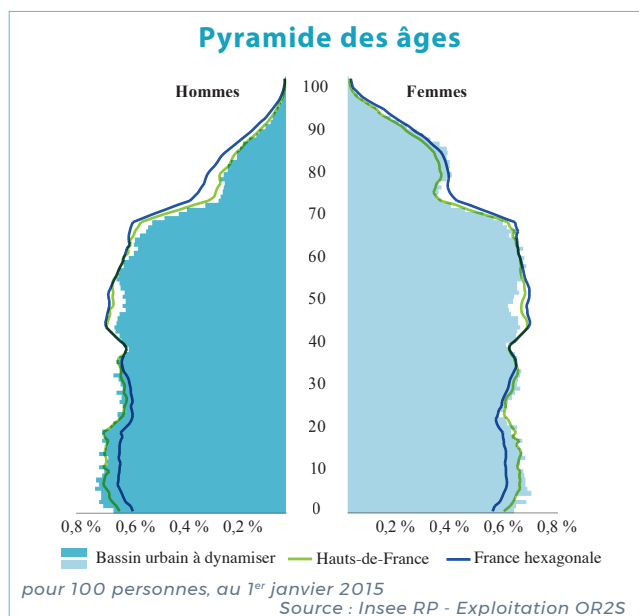
Au 1^{er} janvier 2019, la population du Bassin urbain à dynamiser est de 1,025 million d'habitants. Elle demeure jeune au regard de la population nationale et la part des femmes y est importante parmi les seniors. À l'instar du reste du pays, c'est une population qui évolue structurellement à travers l'augmentation des plus âgés et la diminution des plus jeunes.

Une population importante d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes

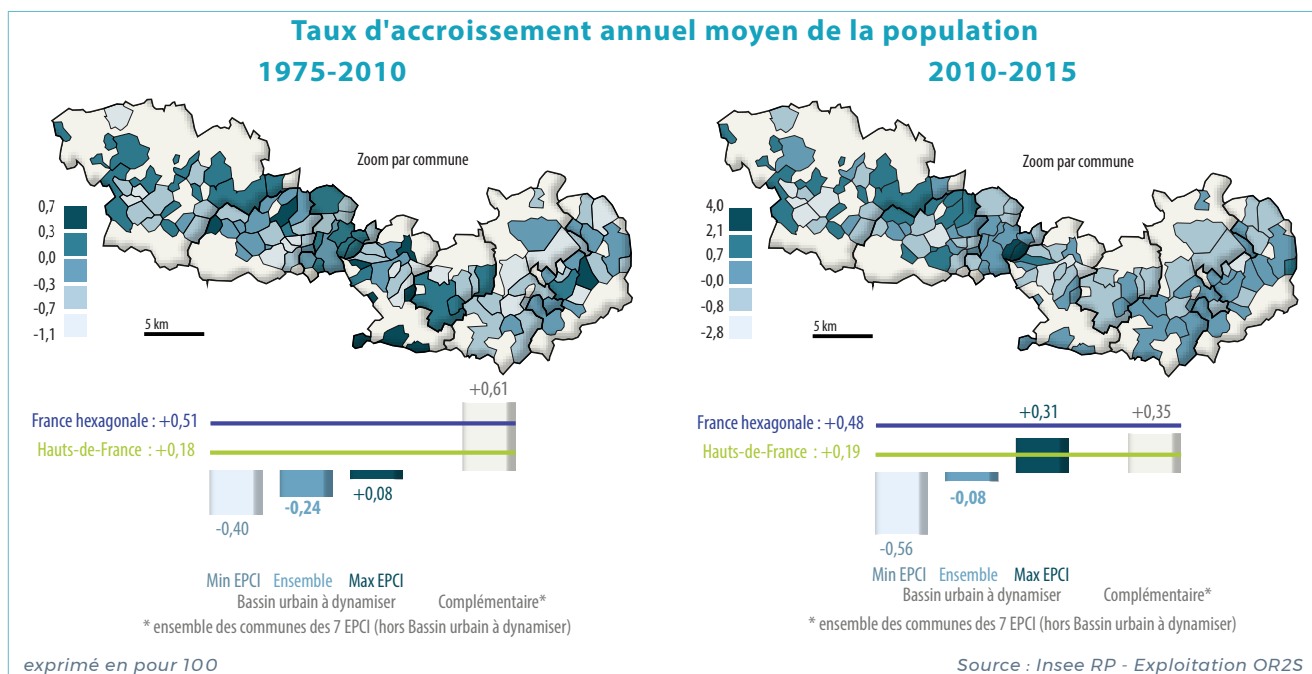
Au recensement de la population de 2015, la pyramide des âges des 1,03 million d'habitants du Bassin urbain à dynamiser permet de constater des différences sensibles avec celle du niveau national. Ainsi, la population est plus importante en termes de pourcentage jusqu'à 36 ans dans cette partie du territoire des Hauts-de-France au regard de l'ensemble du pays (soit 48,4 % contre 44,7 %). Au-delà, le pourcentage est inférieur dans le Bassin à ce qui est observé au niveau national. Une exception concerne cependant la population féminine : les femmes de 56 à 62 ans, d'une part, et celles de 77 à 87 ans, d'autre part, représentent une part plus importante dans le Bassin urbain à dynamiser. Cela a pour conséquence qu'un *sex ratio* plus marqué est retrouvé chez les plus de 55 ans dans le Bassin. Ainsi, appartenant à cette classe d'âge, sont dénombrés sept hommes pour dix femmes dans le territoire analysé contre huit pour dix en France hexagonale. Par ailleurs, sur l'ensemble des communes appartenant aux sept EPCI mais pas au Bassin urbain à dynamiser, la répartition de la population est quelque peu différente. En effet, si les seniors, notamment les 68 ans et plus, sont également moins présents qu'en France hexagonale dans cette partie du territoire, il en va de même des 18-31 ans quel que soit le genre, contrairement à la partie du Bassin urbain à dynamiser où cette tranche d'âge est sur-représentée.

Une population qui poursuit sa diminution à un rythme plus lent qu'auparavant...

Comme le présente le graphique en haut de la page ci-contre, la population du Bassin urbain à dynamiser a diminué entre 1975 et 2015 de plus de 8 % alors que durant la même période



les populations des Hauts-de-France et de la France hexagonale ont connu une augmentation, plus soutenue d'ailleurs au niveau national qu'à l'échelon régional. Toutefois cette diminution tend à se réduire. Ainsi, les deux derniers recensements comparables (2010 et 2015) montrent que le taux d'accroissement moyen annuel demeure négatif (-0,08 %) sur la période quinquennale. Pour autant au cours des 35 années précédentes (1975-2010), il était trois fois plus élevé (-0,24 %). Ces taux d'accroissement dans les deux mêmes périodes étaient positifs et relativement constants, respectivement de +0,48 % et de +0,51 % au niveau national et de +0,19 % et de +0,18 % à l'échelon de la région.



BASSIN URBAIN À DYNAMISER

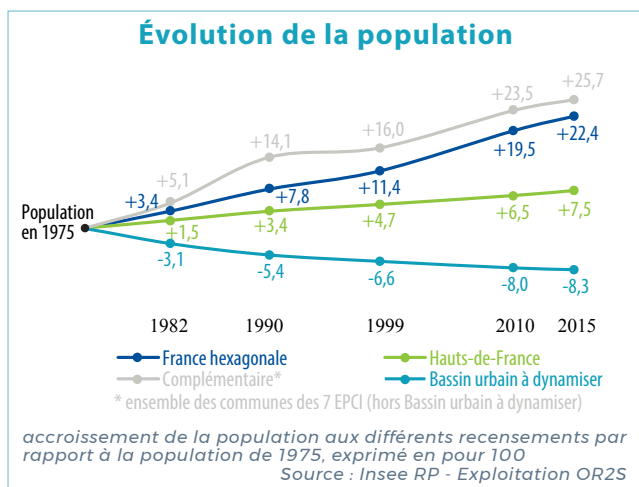
... et qui connaît un renversement de tendance parfois localement

Il semble exister, par ailleurs, un certain rééquilibrage entre les communes de la partie complémentaire et celles du Bassin urbain à dynamiser puisqu'en quarante ans c'est plus d'un quart de population en plus pour l'ensemble des premières, soit un taux d'accroissement supérieur à celui du niveau national. Ainsi, en 1975, 88,1 % des habitants des sept EPCI étaient domiciliés dans une commune du Bassin urbain à dynamiser ; ils sont 84,4 % en 2015. À l'intérieur du Bassin, il existe aussi d'importantes différences quant à l'évolution de la population. Ainsi, au sein des sept EPCI, les territoires enregistrent des évolutions de population contrastées. Si entre 1975 et 2010, toutes les parties regroupant les communes appartenant au Bassin urbain à dynamiser au sein de chaque EPCI présentaient un taux d'accroissement négatif, variant entre -0,08 % et -0,40 %, ce n'est plus le cas depuis 2010. En effet, la perte de population a été stoppée entre 2010 et 2015 dans trois EPCI pour la partie appartenant au Bassin au sein des communautés d'agglomération de Valenciennes Métropole (+0,01 %), de la Porte du Hainaut (+0,07 %) et surtout d'Hénin-Carvin (+0,31 %). Parmi les parties n'appartenant pas au Bassin urbain à dynamiser, entre 1975 et 2010, toutes présentaient une augmentation de population variant entre +0,32 % et +0,88 %. Entre 2010 et 2015, la partie de la communauté de communes de Cœur d'Ostrevent présente désormais un taux d'accroissement négatif (-0,22 %).

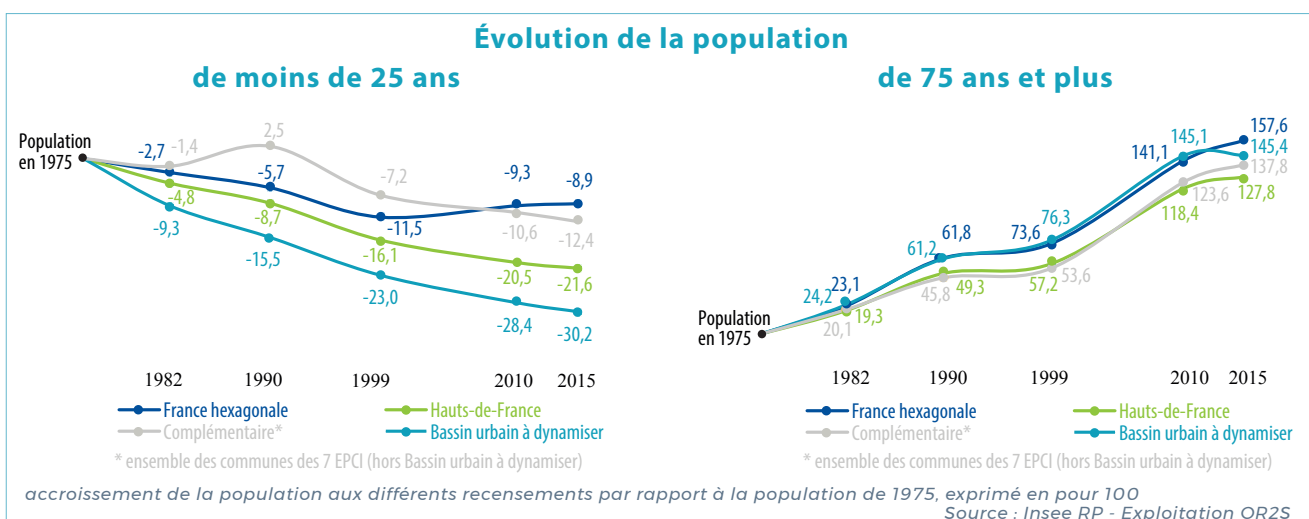
Une forte densité de population variant du simple au double

La densité de population est élevée dans les 150 communes du Bassin urbain à dynamiser : 915 habitants au km². Elle est moindre sur la partie complémentaire du Bassin urbain à dynamiser au niveau des sept EPCI : 216 habitants au km². Elle varie de plus assez sensiblement au sein des sept EPCI. Ainsi, la densité est la plus forte dans les communes du Bassin urbain à dynamiser appartenant à la communauté d'agglomération de Lens - Liévin : 1 430 habitants au km² ; elle est la plus faible dans la partie du Bassin de la CA de la Porte du Hainaut (moins de 600 habitant au km²). Hors Bassin, la densité est toujours en-deçà des 250 habitants au km² quel que soit l'EPCI.

1,025 MILLION D'HABITANTS
 au 1^{er} janvier 2019
 sur la base
 des récentes tendances,
 soit un sixième de la population
 des Hauts-de-France.



En termes d'évolutions de population, si les tendances observées entre 2010 et 2015 se poursuivent, l'effectif de la population des sept EPCI devrait se maintenir : 1,218 million d'habitants dont 1,025 appartenait aux 150 communes du Bassin urbain à dynamiser en cette fin d'année 2018. Toutefois, comme le soulignent les évolutions ci-dessous, la répartition entre groupes d'âge sera encore amenée à évoluer avec une population de jeunes de moins de 25 ans qui se réduit et celle des 75 ans et plus qui augmente de façon importante, mais là encore avec des situations assez différentes d'un EPCI à un autre. Les courbes ci-dessous permettent toutefois de constater une certaine stabilité des 75 ans et plus entre 2010 et 2015 dans le Bassin urbain à dynamiser (86 600 habitants) même si depuis 1975 l'augmentation est moins importante qu'en région. La décroissance des moins de 25 ans est particulièrement importante dans le Bassin minier : ils étaient 570 000 en 1975, ils sont désormais moins de 400 000.



Attention : afin de permettre une lecture optimisée pour les deux graphiques, une échelle différente a été retenue.

UNE RÉPARTITION
SPÉCIFIQUE DE LA
POPULATION DES
SENIORS, MARQUÉE
PAR UNE SUR-
REPRÉSENTATION DES
FEMMES.



Un indice de vieillissement¹ qui a plus que doublé en quarante ans

Compte tenu de la structure par âge de la population du Bassin urbain à dynamiser, l'indice de vieillissement demeure bien inférieur à celui du niveau national et aux communes regroupées du complémentaire au Bassin au regard des sept EPCI : 61 *versus* respectivement 77 et 66 ; il est plus proche du niveau régional (62). À l'instar de l'ensemble des unités géographiques analysées, il a augmenté de façon importante en 40 ans puisqu'il était en 1975 de 27. Au sein des sept EPCI, il existe aussi quelques différences entre la partie des EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser avec un indice de vieillissement qui varie entre 57 (CA de la Porte du Hainaut) et 66 (CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane) ; dans la partie complémentaire au Bassin des sept EPCI, l'amplitude est plus importante : 59 (CA de la Porte du Hainaut) : 88 (CA d'Hénin-Carvin). Le rapport de dépendance² est, par contre, moins différencié de celui de l'ensemble du pays, voire même inversé : 77 contre 76 en France hexagonale comme c'était déjà le cas en 1975 (respectivement 90 *versus* 83 alors). Il est plus faible dans l'ensemble de la région et la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser (respectivement 75 et 71). À l'intérieur des EPCI, les parties de communes appartenant au Bassin ont un rapport de dépendance qui varie de 74 pour la CA Valenciennes Métropole à 79 pour la CA de la Porte du Hainaut. Hors Bassin urbain à dynamiser, le rapport de dépendance varie également, de façon plus étendue et toujours en deçà des valeurs de la partie du Bassin, de 60 pour la CA d'Hénin-Carvin et 73 pour la CA de Lens - Liévin.

¹ nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans * 100, au 1^{er} janvier 2015

² nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de 20-64 ans * 100, au 1^{er} janvier 2015

Plus d'une femme sur deux âgée de 75 ans ou plus vit seule à domicile

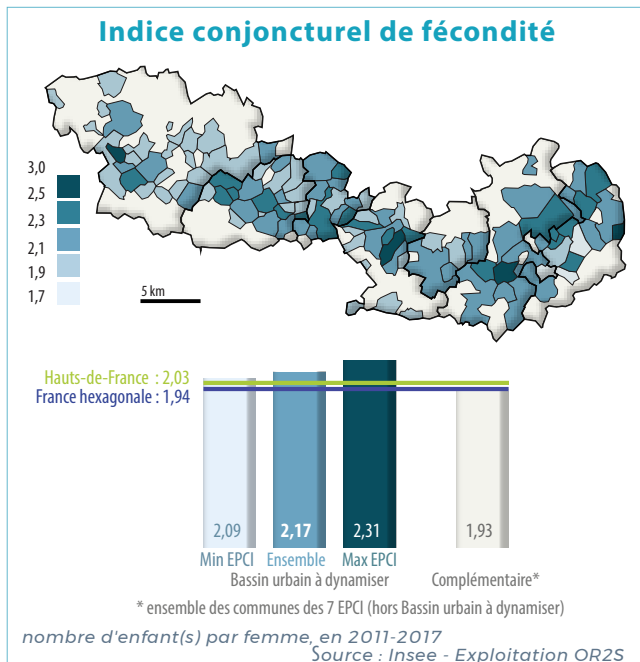
La répartition de la population visualisée sur la pyramide de la page 10 fait apparaître une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus inférieure à celle observée nationalement : 8,4 % de l'ensemble de la population contre 9,3 %. Plus précisément, le déficit qui est essentiellement masculin n'est pas sans effet sur les personnes vivant seule à domicile. Ainsi, parmi les femmes âgées de 75 ans ou plus, elles sont plus de 33 000 à vivre seules à domicile, soit plus de la moitié (56,5 %). Ce pourcentage est particulièrement élevé au regard de la moyenne nationale (48,7 %). En région, ce pourcentage est moindre également de cinq points alors que, dans la partie complémentaire au regard du Bassin urbain à dynamiser pour les sept EPCI, il est de 46,2 %. Ce pourcentage varie sensiblement entre les parties du Bassin au sein des EPCI allant de 52,4 % (CA du Douaisis) à 59,6 % (CA de Lens - Liévin) ; il varie pour la partie complémentaire entre 23,3 % (CA d'Hénin-Carvin) et 55,4 % (CA Valenciennes Métropole), cette dernière étant la seule partie hors Bassin urbain à dynamiser à présenter un pourcentage supérieur à 50 %. Chez les hommes de 75 ans et plus, la part de ceux vivant seul est bien moindre et moins différenciée entre les différentes unités géographiques : 23,0 % dans le Bassin urbain à dynamiser (soit 6 400 hommes) contre 21,7 % au niveau national et 22,6 % dans la région. Pour ce qui a trait aux familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, leur part est un peu plus élevée dans le Bassin urbain à dynamiser : 25,4 % par rapport à l'ensemble des familles contre un peu moins de 24 % pour la France et la région. Ce pourcentage est sous les 16 % pour le complémentaire au Bassin sur les sept EPCI.

NAISSANCES ET FÉCONDITÉ

La fécondité des femmes du Bassin urbain à dynamiser est importante. Elle se matérialise notamment par des taux de fécondité supérieurs chez les moins de 30 ans. Pour autant, le calendrier des naissances a évolué avec un âge moyen à la naissance qui a augmenté de 4 ans en 35 ans.

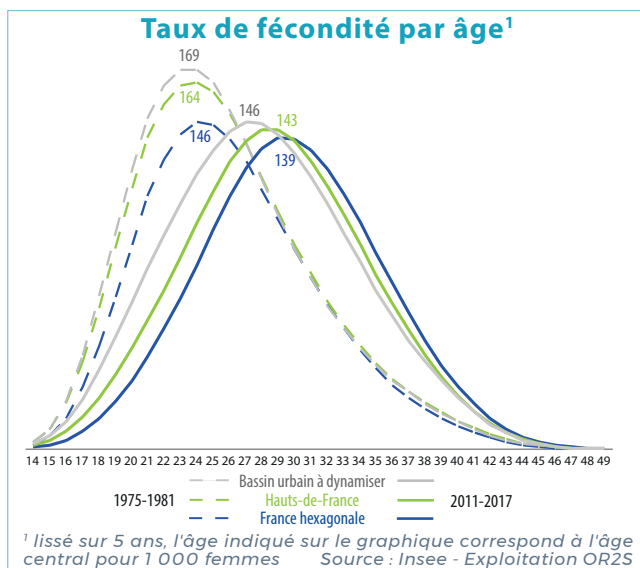
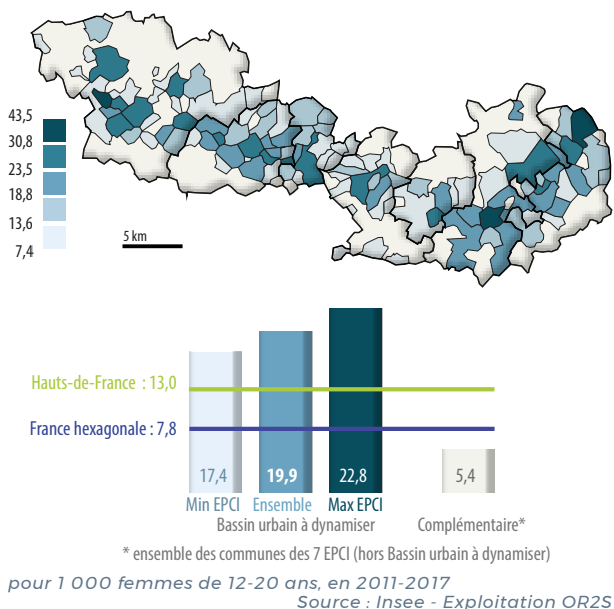
Une fécondité des femmes de moins de 30 ans supérieure à leurs homologues nationales et... régionales

Sur la période 2011-2017 avec 14 200 naissances en moyenne annuelle, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) du Bassin urbain à dynamiser demeure élevé, tant au regard de la région que de l'ensemble du pays (respectivement 2,17, 2,03 et 1,94). Cette fécondité importante au regard de ces deux niveaux géographiques n'est pas nouvelle. En effet, au cours des quelque quarante dernières années d'observation, l'ICF a toujours été supérieur d'au moins 10 % à la valeur nationale (allant jusqu'à +19 %) et de 2 % à la valeur régionale (dépassant parfois les +6 %). À l'instar du niveau national alors de 1,7 enfant, l'ICF a été pour le plus faible au cours des années quatre-vingt-dix, de l'ordre de 1,9 enfant par femme. Récemment, il vient de diminuer à nouveau étant passé par un maximum de 2,24 enfants par femme sur la période 2008-2014. Sur l'ensemble du territoire national, il n'a jamais atteint les 2 enfants par femme sur la période analysée. D'ailleurs, sur la partie complémentaire, l'ICF est, pendant toute cette même période très voisin de l'indice français, n'atteignant jamais plus les 2 enfants par femme. Les courbes ci-contre permettent de visualiser la modification du calendrier des naissances des femmes en 35 ans. En effet, le pic du taux de fécondité se faisait à la fin des années soixante-dix à 23/24 ans que ce soit dans ce qui est désormais la région des Hauts-de-France ou dans le Bassin urbain à dynamiser ; en France, le maximum du taux de fécondité était retrouvé chez les femmes de 24/25 ans. Sur la dernière période (2011-2017), la courbe de fécondité passe désormais par un maximum chez les 27/28 ans dans le Bassin urbain à dynamiser ; ce pic est retrouvé chez les femmes de 28/29 ans dans les Hauts-de-France et chez celles de 29/30 en France hexagonale. Au delà du seul pic, les différences sont également retrouvées pour l'âge moyen à la maternité tous rangs confondus. Ainsi à la fin des années soixante-dix, l'écart était de 0,5 an entre l'âge moyen à la naissance des femmes du Bassin urbain à dynamiser et celui de l'ensemble des Françaises : 26,2 ans contre 26,7 ans. Cet écart a été multiplié par 3



en 35 ans : 28,7 ans pour le Bassin en 2011-2017 contre 30,3 ans en France hexagonale. Sur l'illustration ci-dessous, cela se matérialise par des taux de fécondité chez les femmes de moins de 30 ans supérieurs à ceux de leurs homologues nationales mais aussi à ceux observés dans l'ensemble des Hauts-de-France. Même s'il est en diminution régulière, le nombre de naissances chez des mères de 21 ans ou moins demeure élevé : d'un peu moins de 1 200 en moyenne annuelle sur la période 2011-2017 dans le Bassin urbain à dynamiser. Cela engendre un taux de fécondité de 19,9 naissances pour 1 000 femmes âgées de 20 ans ou moins, loin de ce qu'il était à la fin des années soixante-dix (38,5) mais bien supérieur aux taux national, régional et de la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser au sein des sept EPCI (respectivement 7,8 ‰, 13,0 ‰ et 5,4 ‰).

Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans



ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENUS

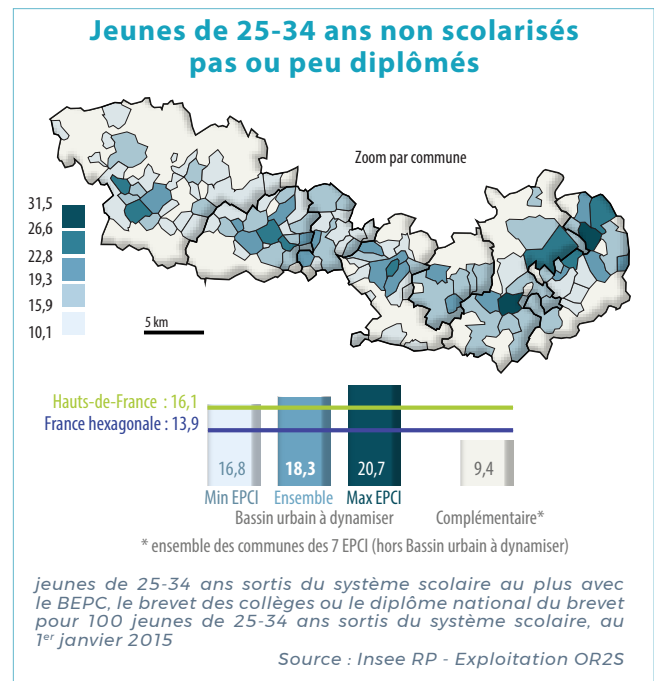
Le niveau d'instruction d'une classe de population peut être jugé par le niveau de diplôme. La répartition par profession et catégorie socioprofessionnelle constitue une approche d'une autre nature de même que le chômage pour mesurer la fragilité en matière d'emploi. Les revenus fiscaux constituent un indicateur des moyens disponibles au sein des foyers.

Des jeunes moins diplômés qu'en France et que dans les Hauts-de-France

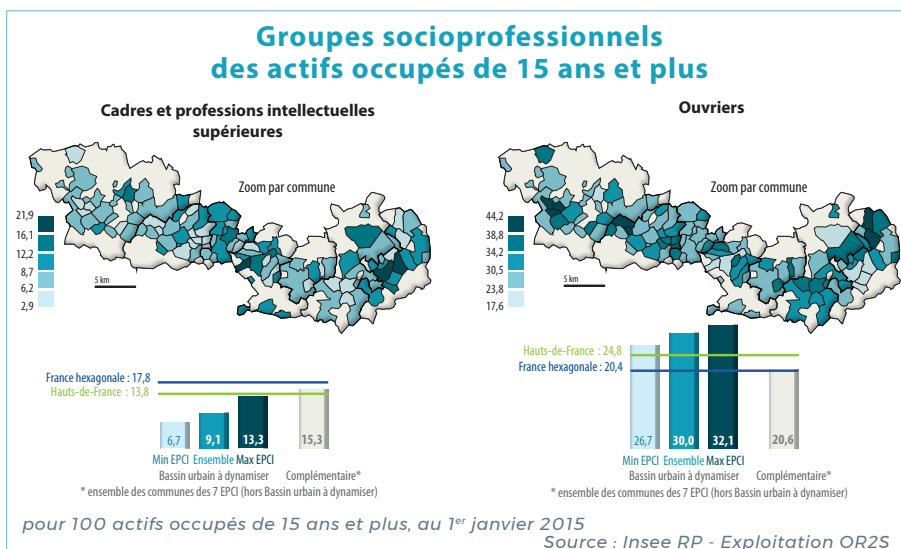
Au recensement de 2015 pour ce qui a trait à l'éducation chez les jeunes comme le souligne l'illustration ci-contre, 18,3 % des 25-34 ans non scolarisés sont pas ou peu diplômés, soit un pourcentage supérieur à celui du niveau régional (16,1 %) et de la France hexagonale (13,9 %). Pour la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser, le pourcentage est moitié moindre (9,4 %). Au niveau des EPCI, le pourcentage varie entre un peu moins de 17 % pour la CA d'Hénin-Carvin jusqu'à près de 21 % dans la CA de la Porte de Hainaut ; pour la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser, les pourcentages varient entre 4,4 % pour la CA d'Hénin-Carvin et un peu plus de 11 % dans la CA du Douaisis. Ce pourcentage élevé de pas ou peu diplômés sur le Bassin urbain à dynamiser a une conséquence logique sur le pourcentage de diplômés du supérieur. Ainsi, seuls 29,7 % des jeunes de 25-34 ans non scolarisés ont un Bac+2 ou plus (*versus* 37,7 % au niveau régional et 44,2 % au niveau national). Ce pourcentage est bien inférieur à celui de la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser (45,0 %). Sur cette dernière partie, les pourcentages dépassent même les 50 % sur deux EPCI : CC Cœur d'Ostrevent et CA d'Hénin-Carvin. Pour le Bassin urbain à dynamiser, la plus faible valeur est observée sur la CA de Lens - Liévin avec un peu plus de 26 % de jeunes de 25-34 ans non scolarisés ayant un Bac+2 ou plus ; elle est de dix points de plus pour le pourcentage le plus élevé dans la CA de Valenciennes métropole, soit aussi cinq de moins que la valeur la plus faible de la partie complémentaire de la CA de Lens - Liévin.

De nombreux ouvriers et employés et peu de cadres et PIS

Dans un territoire à caractère industriel, le tissu d'actifs est composé en grande partie d'ouvriers et d'employés, les premiers représentant 30,0 % des actifs de 15 ans et plus et les se-



conds 32,1 % au recensement de 2015 dans le Bassin urbain à dynamiser. Pour bien comprendre le poids de ces deux professions dans le Bassin, les pourcentages cumulés sont de 53,9 % dans les Hauts-de-France et de 48,2 % en France hexagonale. Dans la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser au sein des sept EPCI, le pourcentage pour ces deux professions et catégories socioprofessionnelles est de l'ordre de celui du niveau national (47,5 %). Par contre, la part des cadres et professions intellectuelles supérieures au recensement de 2015 (9,1 %) est moitié moindre à la valeur nationale (17,8 %). Elle est également très faible au regard de la moyenne régionale (13,8 %) et de la partie complémentaire (15,3 %). À un niveau plus fin, il faut souligner certaines parties d'EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser en dessous de 9 %, voire de 7 % comme c'est le cas dans la CC du Cœur d'Ostrevent. Hors Bassin urbain à dynamiser, la partie de l'EPCI de Valenciennes Métropole en compte 19 %. Concernant la part de professions intermédiaires, elle se situe un peu en-deçà des moyennes régionale et nationale (de l'ordre d'un quart) ; elle est inférieure à celle de la partie complémentaire (30,5 %).



Attention : afin de permettre au mieux la lecture entre les deux cartes, un découpage en classes différent a été retenu.

BASSIN URBAIN À DYNAMISER

Un sixième des 25-54 ans est inactif

Au recensement de la population de 2015, le taux de chômage des 15 ans et plus atteint 21,8 % au sein du Bassin urbain à dynamiser, soit 8,2 points de plus que le niveau national (13,6 %). Ce taux de chômage est également supérieur à celui des Hauts-de-France (16,8 %) et, pour aller dans le même sens que les indicateurs précédents, bien inférieur au taux de la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser dans les sept EPCI (11,1 %). Dans la partie Bassin, il dépasse même les 23 % dans deux EPCI : CA de la Porte du Hainaut et CA de Lens - Liévin. Toutefois, les difficultés pour accéder à l'emploi sont encore plus marquées pour les jeunes, notamment ceux de 15-24 ans. Ainsi, le taux de chômage pour cette tranche d'âge atteint 44,2 % dans le Bassin urbain à dynamiser, soit sept points de plus que la valeur régionale et quinze points de plus qu'en France hexagonale. Ce taux est de 31,7 % dans la partie complémentaire au Bassin urbain à dynamiser. Localement, dans certaines parties du Bassin, il dépasse les 46 %. En dehors du chômage, la fragilité professionnelle (et donc sociale) peut être abordée par le taux standardisé d'inactifs de 25 à 54 ans. Cet indicateur va dans le même sens que ceux précédemment présentés avec un Bassin urbain à dynamiser qui enregistre un pourcentage élevé (16,2 %), supérieur à celui de la région (11,7 %) et surtout à celui de la France hexagonale (9,3 %). Dans la partie complémentaire du Bassin au sein des sept EPCI, ce pourcentage est de 8,1 %, soit moitié moins que dans la partie Bassin urbain à dynamiser. Enfin, une autre dimension de la fragilité professionnelle concerne la part d'enfants vivant dans une famille sans actif occupé ; elle est d'un quart dans le Bassin urbain à dynamiser (24,3 %), soit le double du niveau national (12,4 %) ; cette part est près de quatre fois moindre dans la partie complémentaire (6,6 %) et est de 17,2 % pour l'ensemble de la région.

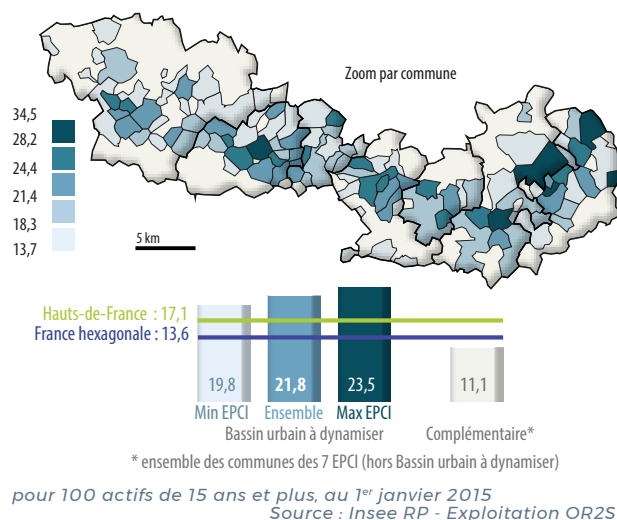
**Un quart
DES ENFANTS**

vit dans une famille
sans actif occupé

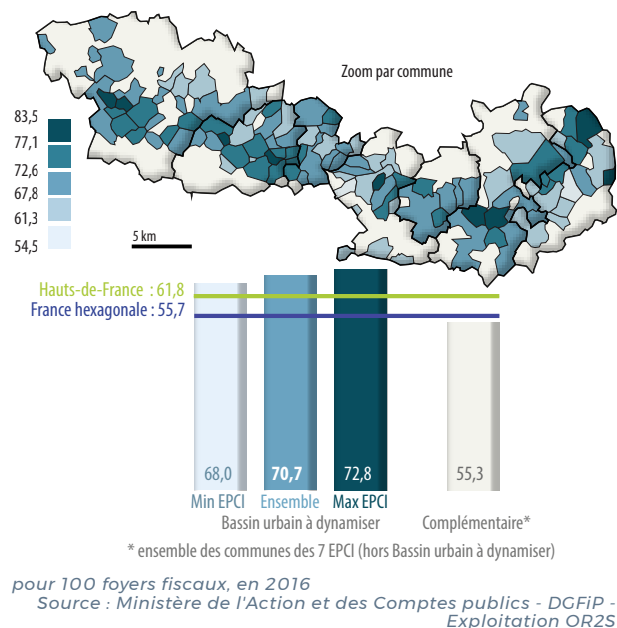
Plus de sept foyers fiscaux sur dix sont non imposés

En 2016, plus de sept foyers fiscaux sur dix sont non imposés dans le Bassin urbain à dynamiser. Le pourcentage de ces foyers fiscaux est du même ordre au niveau national et dans la partie complémentaire au Bassin dans les sept EPCI : 55 % ; il est de 62 % pour l'ensemble de la région. En termes de revenus moyens annuels par foyer fiscal (18 798 € en 2016), le Bassin urbain à dynamiser enregistre une valeur de 19 % inférieure à celle de la région (23 301 €) et de 30 % à celle de la France hexagonale (26 774 €). Ces revenus annuels moyens par foyer fiscal sont plus élevés qu'au niveau national dans la partie complémentaire au Bassin au sein des sept EPCI : 27 749 €. Dans la partie d'EPCI non Bassin urbain à dynamiser, ils approchent (CA de Lens - Liévin et CA Valenciennes Métropole) voire dépassent (CA d'Hénin-Carvin) les 30 000 €. À l'inverse, dans la partie Bassin, les CA de Lens - Liévin et de la Porte du Hainaut enregistrent les valeurs les plus faibles du territoire avec moins de 18 000 € de revenus moyens annuels.

Chômage des 15 ans et plus



Foyers fiscaux non imposés



Un **actif**, au sens du RP, correspond à un actif occupé (cf. définition ci-dessous) ou à une personne qui déclare être chômeuse à la recherche d'un emploi ou être militaire du contingent (tant que cette situation existait).

Un **actif occupé** (ou personne ayant un emploi), au sens du RP, correspond à une personne qui déclare :

- exercer une profession (salarisée ou non), même à temps partiel ;
- aider une personne dans son travail (même sans rémunération) ;
- être apprentie, stagiaire rémunérée ;
- être chômeuse tout en exerçant une activité réduite ;
- être étudiante ou retraitée mais occupant un emploi.

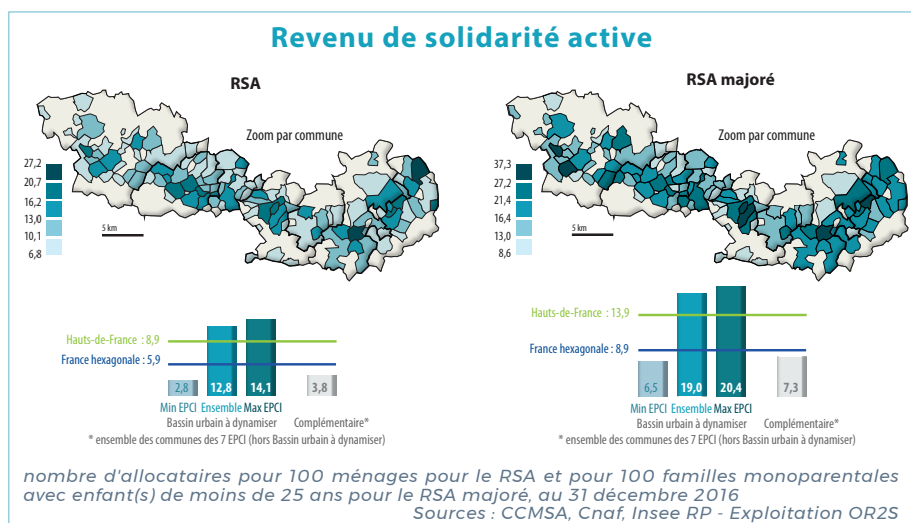
Les **chômeurs au sens du RP** sont les personnes qui se sont déclarées chômeuses (inscrites ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont déclaré explicitement ne pas rechercher de travail et celles qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins affirmé rechercher un emploi. Remarque : la définition des chômeurs est extrêmement sensible aux critères retenus, elle diffère donc sensiblement selon la source de données utilisée.

PRESTATIONS SOCIALES

Les allocations et autres prestations sociales permettent d'aborder la question de la fragilité par une autre approche que la relation à l'emploi. Elles sont diverses et le choix retenu permet d'aborder une allocation exclusivement sociale d'une autre prenant également en compte la dimension sanitaire.

Un taux d'allocataires élevé au regard du niveau national...

Au 31 décembre 2016, le taux d'allocataires (cf. encart ci-dessous) du Bassin urbain à dynamiser est de treize points supérieurs à celui du niveau national (57 % *versus* 44 %). Il est aussi de sept points au-dessus de la valeur régionale pour ce pourcentage de foyers comprenant au moins une personne qui perçoit une allocation. À noter que ce pourcentage est en-deçà de 40 % pour la partie complémentaire au Bassin au regard des sept EPCI et qu'il approche, voire dépasse, les 58 % dans la partie du Bassin pour quatre communautés d'agglomération : Valenciennes Métropole, Douaisis, Porte du Hainaut et Lens - Liévin.



Attention : afin de permettre au mieux la lecture entre les deux cartes, un découpage en classes différent a été retenu.

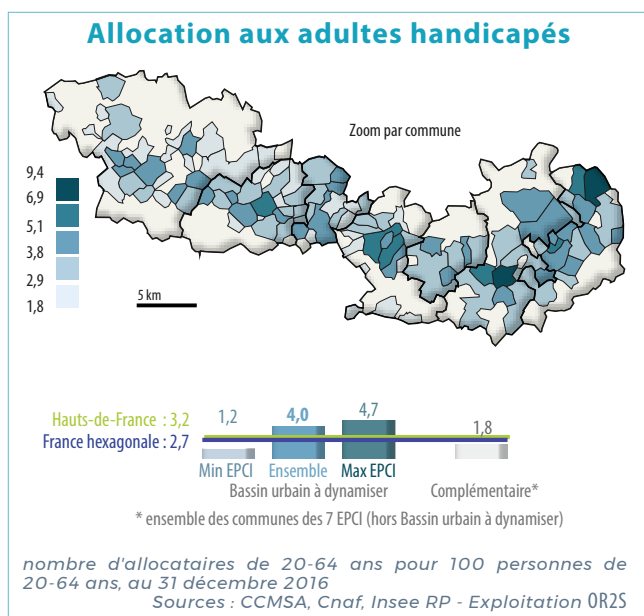
... particulièrement de taux de RSA socle seul

Avec plus de 54 000 allocataires percevant le RSA socle seul pour 125 000 personnes couvertes au 31 décembre 2016, le taux d'allocataires dans le Bassin urbain à dynamiser est de 12,8 % (12,1 % au regard des personnes couvertes). Il est supérieur à la valeur régionale (8,9 %) et plus du double de celui de la France hexagonale (5,9 %). Ces écarts sont retrouvés pour le taux d'allocataires du RSA socle seul majoré. Avec 7 500 allocataires, ce dernier taux est en effet de 19,0 % dans le Bassin urbain à redynamiser, à comparer aux 13,9 % des Hauts-de-France et aux 8,9 % du niveau national. Les deux taux présentent des valeurs bien inférieures dans la partie complémentaire au Bassin pour les sept EPCI : respectivement 3,8 % et 7,3 %, Le premier

taux dépasse les 13 % dans les quatre CA mentionnées pour l'ensemble des allocataires et le second se situe au-dessus de 20 % dans la CA de Valenciennes Métropole.

... mais aussi du taux d'AAH

Au 31 décembre 2016 au sein du Bassin urbain à dynamiser, 23 000 personnes âgées de 20 à 64 ans ont perçu l'AAH, soit un taux d'allocataires de 4,0 %. Ce taux est supérieur à ceux de la région (3,2 %), de la France hexagonale (2,7 %) et de la partie complémentaire au Bassin (1,8 %). Il dépasse les 4 % dans trois CA pour la partie appartenant au Bassin : Valenciennes Métropole, Porte du Hainaut et Douaisis.




La **notion d'allocataire** renvoie à une notion de foyer et non d'individu. Un allocataire est la personne du foyer qui perçoit au moins une allocation au regard de la situation familiale et/ou monétaire de ce même foyer. Ainsi, dénombrer des allocataires signifie compter des foyers constitués de personnes seules ou de plusieurs personnes (familles). Il s'agit des personnes physiques à qui est reconnu le droit aux prestations versées.

Le **revenu de solidarité active** (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle (au moins deux ans d'activité dans les trois dernières années). Une majoration d'isolement est versée, sous certaines conditions, aux bénéficiaires du RSA assumant seuls la charge d'un enfant né ou à naître.

L'**allocation aux adultes handicapés** (AAH) est destinée à soutenir les adultes en situation de handicap en leur apportant un revenu d'existence pour faire face aux dépenses quotidiennes. Elle est versée, sous conditions de ressources, aux personnes de plus de 20 ans (dès 16 ans si l'allocataire n'est plus à charge des parents) et atteintes d'incapacité d'au moins 80 %, ou de 50 % à 79 % en cas d'impossibilité de travail depuis au moins 1 an.

En dehors des deux allocations ci-dessus sont à mentionner l'allocation de l'enfant handicapé (AEEH), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et les différentes allocations logement (aide personnalisée au logement, allocation du logement à caractère familial et allocation du logement à caractère social).



CETTE PARTIE TRAITE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU
SECTEUR LIBÉRAL DANS LEUR
DIVERSITÉ. LES ÉTABLISSEMENTS
DE SOINS ET MÉDICO-SOCIAUX
SONT AUSSI DÉCLINÉS EN
FONCTION DE LEUR SPÉCIFICITÉ.
UNE ANALYSE COMPLÉMENTAIRE
S'ATTACHE AU GROUPE DE SANTÉ
FILIERIS QUI PROPOSE UNE
OFFRE DE SOINS VARIÉE.

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Ces dernières années, le nombre de médecins généralistes dans le Bassin urbain à dynamiser a fortement baissé. Une diminution d'autant plus à prendre en compte qu'un grand nombre de médecins généralistes devrait partir à la retraite dans les années à venir.

Un territoire avec une densité de médecins généralistes proche de celle de l'Hexagone

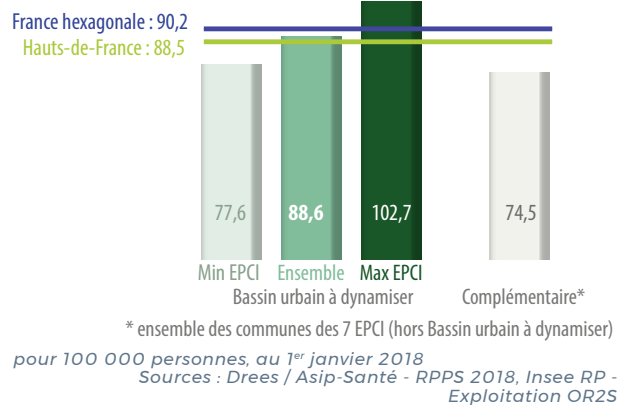
Au 1^{er} janvier 2018, 911 médecins généralistes libéraux (ou mixtes et ayant une activité standard de soins) exercent dans l'ensemble des communes qui composent le Bassin urbain à dynamiser, soit une densité de 88,6 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est de l'ordre de celles de la France (90,2) et de la région (88,5). Toutefois, certaines communes du Bassin bénéficient d'une meilleure densité de médecins comparées aux autres communes des 7 EPCI qui ne comptent que 74,5 médecins pour 100 000 habitants. La densité de médecins généralistes dans les communes du Bassin urbain à dynamiser varie entre 77,6 (CC Cœur d'Ostrevent) et 102,7 (CA du Douaisis). Seules les communes du Bassin comprises dans les CA de Valenciennes Métropole et du Douaisis présentent une densité supérieure à celle de la France. Plus préoccupant, une baisse d'une cinquantaine de praticiens a été observée entre 2015 et 2018 dans les communes du Bassin urbain à dynamiser, soit 5 médecins de moins pour 100 000 habitants en 3 ans.

Toutefois avec une importante concentration de praticiens dans un espace géographique relativement restreint, le temps d'accès théorique au médecin généraliste le plus proche dans les communes du Bassin est dix fois inférieur à celui de la région, malgré une densité semblable. Ainsi, seuls 3 % de la population du Bassin urbain à dynamiser habitent dans une des vingt communes où n'est pas implanté au moins un médecin généraliste libéral. Ces communes sans médecin généraliste se situent pour la plupart aux extrémités est et ouest du territoire.

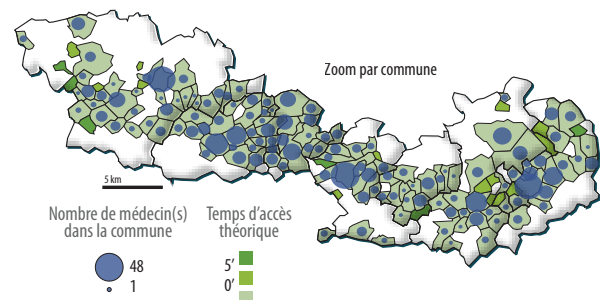
Une augmentation du nombre de jeunes praticiens, mais ne compensant pas l'importante part de praticiens de 55 ans et plus

Par rapport à 2015, le Bassin urbain à dynamiser a enregistré l'arrivée de 36 jeunes praticiens, soit une augmentation de cette part des médecins d'environ 4 points. La répartition de ces jeunes praticiens entre communes du Bassin et hors bassin est relativement homogène. Toutefois cette part de praticiens, qui représente près de 10 % des médecins généralistes dans le Bassin est inférieure aux valeurs nationale et régionale et l'augmentation récente se ressent bien plus dans les communes hors bassin (+6,4 points en 3 ans). De plus, au sein des communes du Bassin, la part de jeunes praticiens ne compense pas le vieillissement des médecins généralistes : les 587 médecins de 55 ans et plus représentent près de 57,0 % des praticiens du territoire, soit +6,5 points par rapport à 2015. Excepté les communes du Bassin dans la CA de la Porte du Hainaut, l'ensemble des communes présente des parts de médecin de 55 ans et plus supérieures à celle de la France. Cette situation est particulièrement à souligner pour les communes du Bassin de la CC Cœur d'Ostrevent, où les 35 médecins de 55 ans et plus représentent presque les trois quarts de l'offre, tandis qu'un seul médecin de moins de 35 ans exerce dans cette partie du territoire.

Densité de médecins généralistes libéraux



Répartition des médecins généralistes libéraux et temps d'accès théorique¹



¹ moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin généraliste au 1^{er} janvier 2018
Source : Drees / Asip-Santé - RPPS 2018 - Exploitation OR2S

MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ACCÈS DIRECT

Comme pour les médecins généralistes, le Bassin urbain à dynamiser présente des densités de médecins spécialistes en accès direct inférieures aux valeurs nationales, situation d'autant à prendre en compte du fait du vieillissement de ces praticiens.

Des médecins spécialistes concentrés au sein du Bassin urbain à dynamiser...

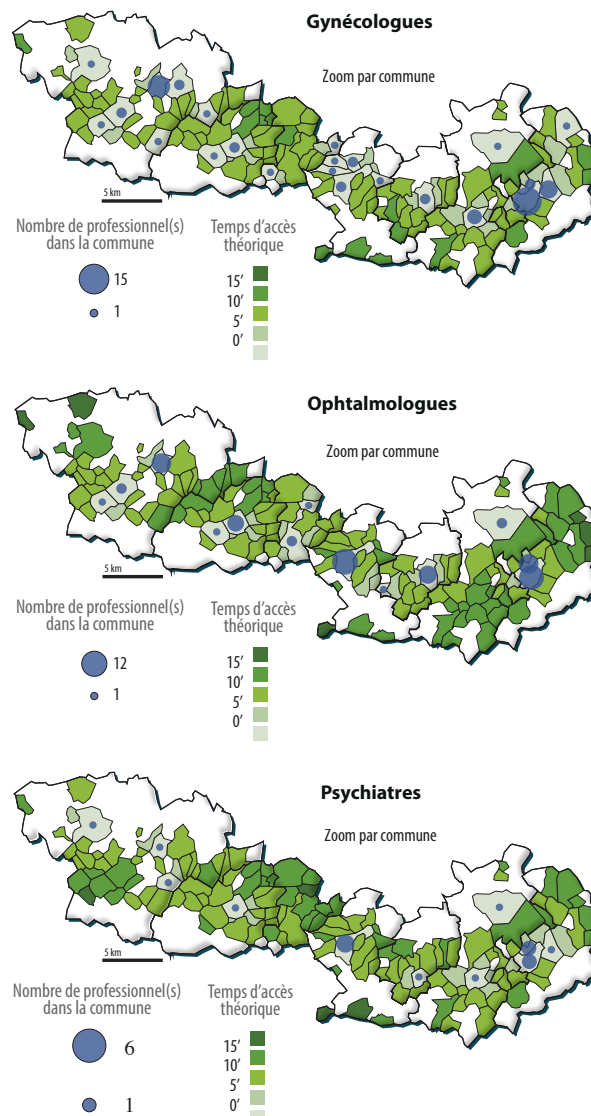
En 2018, quelle que soit leur spécialité, une très grande majorité des médecins spécialistes en accès direct du secteur est concentrée dans les communes du Bassin urbain à dynamiser, soit 140 spécialistes, contre 15 dans les communes complémentaires. Ainsi le Bassin compte 60 gynécologues libéraux, soit une densité de 13,8 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans et plus, inférieure à la densité nationale de presque 4 points. Cette densité plus faible que la moyenne nationale est aussi avérée pour les psychiatres dont la densité est quatre fois moins élevée qu'en France (2,1 dans le Bassin versus 9,5 au niveau national), ainsi que pour les ophtalmologues (5,6 versus 7,1). Sur les 59 ophtalmologues libéraux qui exercent dans le Bassin urbain à dynamiser et les communes complémentaires, un seul exerce dans une commune hors bassin. La concentration de ces spécialistes dans les communes du territoire engendre des temps d'accès théoriques relativement peu élevés : en moyenne, ils sont compris entre 4 et 7 minutes et inférieurs aux temps régionaux quelle que soit la spécialité. Toutefois, des temps d'accès plus élevés que la moyenne régionale sont relevés pour l'accès aux ophtalmologues dans les communes du Bassin urbain à dynamiser de la CA de la Porte du Hainaut et pour l'accès aux psychiatres dans la CA d'Hénin-Carvin qui ne compte aucun spécialiste de cette discipline.

... qui pour plus de la moitié d'entre eux a 55 ans ou plus

Malgré cette concentration dans le Bassin urbain à dynamiser, il faut ajouter aux faibles densités de ces spécialités un vieillissement des praticiens. Bien que ce phénomène soit encore plus marqué au niveau national, plus de la moitié des praticiens du Bassin, pour chacune des trois spécialités, a 55 ans et plus : 51,7 % chez les ophtalmologues, 54,5 % chez les psychiatres et même 61,7 % chez les gynécologues. Un seul psychiatre exerçant dans le Bassin urbain à dynamiser a moins de 35 ans, pour 12 confrères de 55 ans et plus. Ces derniers représentent plus de la moitié de l'offre sur le territoire, le pourcentage bien qu'il reste inférieur de près de 10 points à la moyenne nationale.



Répartition des médecins spécialistes libéraux de 1^{er} recours et temps d'accès théorique¹



¹ moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un médecin spécialiste au 1^{er} janvier 2018

Source : Drees /Asip-Santé - RPPS 2018 - Exploitation OR2S

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Si le Bassin urbain à dynamiser manque dans le secteur libéral d'infirmier(ère)s et de chirurgiens-dentistes, ce n'est pas le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes. Par ailleurs, un certain nombre de jeunes professionnels s'y sont installés ces dernières années, ce qui engendre une répartition plus jeune de ces professionnels qu'au niveau national.

Un territoire relativement démuné en termes d'infirmier(ère)s libéraux et de chirurgiens-dentistes...

Au 1^{er} janvier 2018, 1 777 infirmier(ère)s libéraux en activité sont dénombrés dans les communes du Bassin urbain à dynamiser, soit une densité de 172,9 professionnels pour 100 000 habitants. Si cette densité est légèrement supérieure à la densité régionale, elle est en revanche bien inférieure à la moyenne nationale, et ce d'environ 10 points. Et malgré une densité de professionnels plus élevée dans les communes complémentaires (217,2), cela n'est pas suffisant pour compenser cette carence dans le Bassin urbain à dynamiser. Si la situation dans les communes du Bassin des CA de la Porte du Hainaut et d'Hénin-Carvin est relativement correcte, et même satisfaisante dans la CA Valenciennes Métropole, elle s'avère par contre plus dégradée dans les autres communautés, et notamment dans la CC Cœur d'Ostrevent où la densité d'infirmier(ère)s libéraux n'est que de 140,7.

Pour les chirurgiens-dentistes, le constat est relativement similaire : avec 476 praticiens, le Bassin urbain à dynamiser présente une densité de 10 points inférieure à celle de la France (46,3 *versus* 56,1), bien que légèrement supérieure à la moyenne régionale. Toutefois la situation est meilleure que dans les communes complémentaires, où la densité de praticiens tombe à 23,6, soit 30 points de moins qu'en France hexagonale. Une fois encore, les communes du Bassin comprises dans la CA de Valenciennes Métropole enregistrent la meilleure densité du Bassin urbain à dynamiser, tandis que la densité dans les communes de la CA de la Porte du Hainaut est de seulement 35,5.

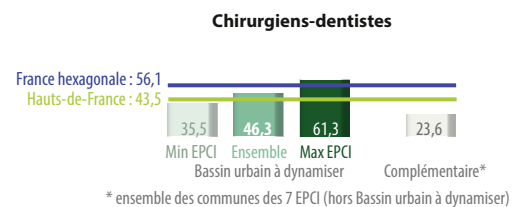
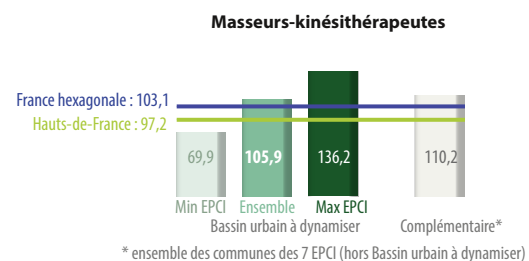
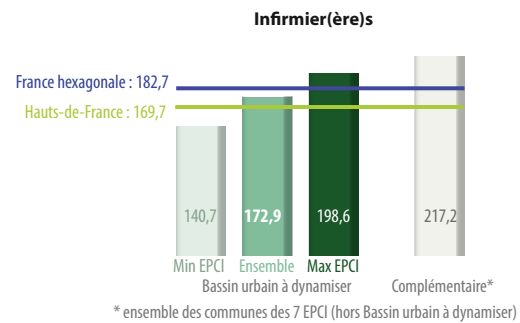
En dépit de ces faibles densités, les temps d'accès théoriques restent bien inférieurs aux temps régionaux. En ce qui concerne les infirmier(ère)s, quelle que soit la commune du Bassin, il faut moins de 5 minutes pour avoir accès à l'un d'eux, et même les communes complémentaires présentent un temps d'accès moindre que celui de la région.

... mais avec des professionnels plutôt jeunes

Toutefois, malgré ces faibles densités de chirurgiens-dentistes et d'infirmier(ère)s libéraux, les praticiens en exercice dans le Bassin urbain à dynamiser sont globalement plus jeunes au regard des valeurs nationales. Près d'un tiers des infirmier(ère)s a moins de 35 ans (31 % dans le Bassin contre 21 % en France hexagonale), ainsi que plus d'un quart des chirurgiens-dentistes (27,5 % contre 20,4 %). Cette jeunesse des professionnels s'illustre chez les infirmier(ère)s par le fait que seulement 12 % d'entre eux ont 55 ans et plus, contre 21 % au niveau national. La part la plus élevée est celle de la CC Cœur d'Ostrevent (16 %). De même, seulement 30 % des chirurgiens-dentistes du Bassin ont 55 ans et plus, contre 37 % au niveau national et 32 % au niveau régional. Par contre, la CA de la Porte du Hainaut, qui présente déjà la plus faible densité de chirurgiens-dentistes, connaît aussi la part la plus élevée de praticiens âgés de 55 ans et plus (37 %).

Il existe un contraste géographique dans la répartition par âge des infirmier(ère)s : les communes de l'ouest du Bassin présentent une plus grande part de praticiens de moins de 35 ans tandis que celles de l'est présentent une plus grande part de 55 ans et plus. Le phénomène est aussi retrouvé chez les chirurgiens-dentistes.

Densité de professionnels de santé libéraux



pour 100 000 personnes
au 1^{er} janvier 2018 sauf pour les masseurs-kinésithérapeutes dénombrés au 1^{er} janvier 2016 (données plus récentes non disponibles)
Sources : Adeli 2016 et 2018, Drees / Asip-Santé - RPPS 2018, Insee RP - Exploitation OR2S



BASSIN URBAIN À DYNAMISER

Une offre en termes de masseurs-kinésithérapeutes semblable à la situation nationale

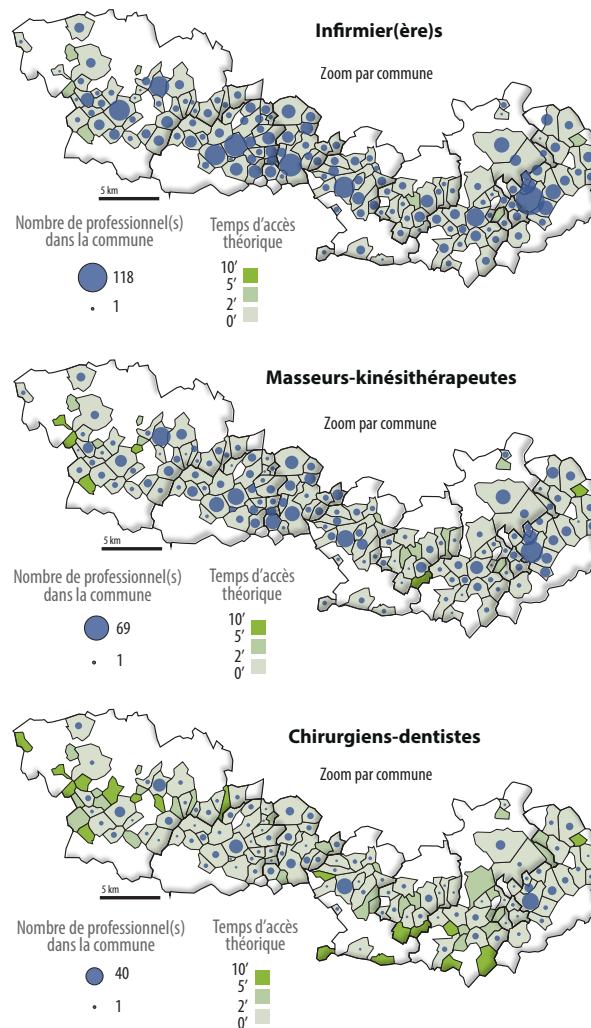
Au 1^{er} janvier 2016, le Bassin urbain à dynamiser compte 1 089 masseurs-kinésithérapeutes libéraux en activité, soit une densité de 105,9 praticiens pour 100 000 habitants, supérieure aux valeurs nationales et régionales (103,1 et 97,2 respectivement). Le temps d'accès théorique à ces professionnels est bien inférieur au temps régional, et il ne dépasse pas 8 minutes. Si la plupart des communes du Bassin présentent une densité de masseurs-kinésithérapeutes semblable ou supérieure aux valeurs de référence, atteignant même 136,2 praticiens dans la CA d'Hénin-Carvin, cette densité chute à 70 praticiens pour 100 000 habitants dans les communes de CC Cœur d'Ostrevent, densité la plus basse localement, communes complémentaires comprises. De même, alors que dans l'ensemble des communes du Bassin urbain à dynamiser près de 40 % de praticiens sont âgés de moins de 35 ans, seuls 23 % ont moins de 35 ans parmi ceux qui exercent dans les communes de la CC Cœur d'Ostrevent.

D'ailleurs, si la part de jeunes kinésithérapeutes dans le Bassin urbain à dynamiser est semblable à celle de la France (de l'ordre de 38 %), elle est inférieure au taux régional (42 %). Quant aux praticiens de 55 ans et plus, ils représentent 17 % des masseurs-kinésithérapeutes (contre près de 20 % en France). En comparaison, les communes complémentaires enregistrent une plus forte densité de praticiens tous âges confondus (110,2 pour 100 000 habitants) et globalement plus jeunes : plus de 42 % ont moins de 35 ans et seulement 12 % ont 55 ans ou plus.

De plus, le même phénomène géographique observé pour les infirmier(ère)s et chirurgiens-dentistes est retrouvé : les communes de l'ouest du Bassin recensent plus de praticiens de moins de 35 ans, tandis que les communes de l'est enregistrent une plus forte part de kinésithérapeutes de 55 ans et plus.



Répartition des professionnels de santé libéraux et temps d'accès théorique¹



¹ moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un professionnel de santé au 1^{er} janvier 2018 hormis pour les masseurs-kinésithérapeutes dénombrés au 1^{er} janvier 2016

Sources : Adeli 2016 et 2018, Drees / Asip-Santé - RPPS 2018 - Exploitation OR2S



PHARMACIENS

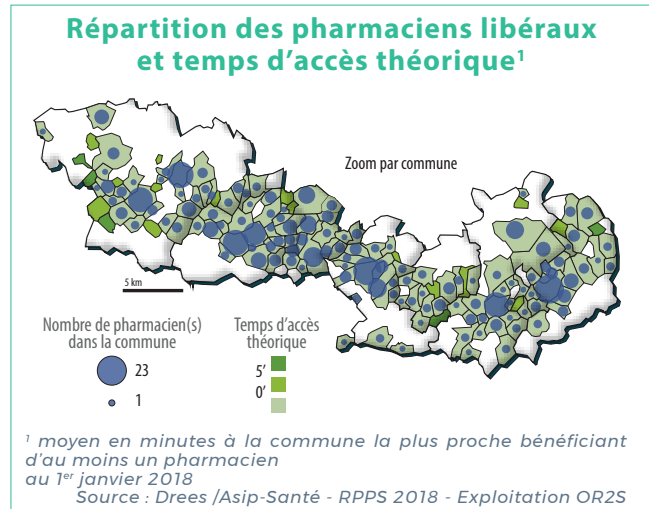
Si la répartition géographique des pharmaciens dans le Bassin urbain à dynamiser est relativement homogène, les communes de l'extrémité ouest du territoire présentent des temps d'accès théorique un peu plus élevés que la moyenne.

Une densité de pharmaciens dans la norme...

Au 1^{er} janvier 2018, pour l'ensemble des communes du Bassin urbain à dynamiser, 474 pharmaciens sont en activité, soit une densité de 46,1 pour 100 000 habitants. Ceci est semblable à la densité nationale, et même au-dessus de la moyenne régionale. Toutefois, il faut prendre en compte l'offre dans les communes complémentaires, qui est bien moins élevée puisque la densité n'y est que de 27,3, soit 19 points de différence.

... mais une faible part de jeunes pharmaciens dans le Bassin urbain à dynamiser

Malgré le niveau de sa densité de pharmaciens, les communes du Bassin urbain à dynamiser ne comptent qu'une faible part de pharmaciens de moins de 35 ans. Ils ne représentent que 6 % des pharmaciens, contre 17 % dans les communes complémentaires. Malgré cela, la répartition par tranches d'âge est relativement homogène dans le Bassin, avec seulement un tiers de pharmaciens de 55 ans et plus, contre plus de 40 % au niveau national.



MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE

La consommation de soins dans le Bassin urbain à dynamiser est élevée, notamment pour les séjours en médecine, avec une offre en établissements de soins assez développée. Deux tiers des naissances dont la mère est domiciliée au sein du Bassin, ont lieu dans un établissement du territoire.

Une consommation de soins plus importante qu'en région et en France

En 2017, plus de 328 000 séjours de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique - MCO) de personnes domiciliées dans le Bassin urbain à dynamiser ont été enregistrés. Près de 45 % de ces séjours (143 793 séjours) relèvent de la médecine, hors séjours de techniques peu invasives¹ ; ces derniers représentent 17 % des séjours en MCO (56 414 séjours). Quant aux séjours classés en chirurgie, ils représentent 28 % des hospitalisations en MCO avec près de 93 000 séjours.

La consommation de séjours en chirurgie et en médecine au sein du Bassin urbain à dynamiser est plus importante que celles enregistrées au niveau national et régional : dans l'ensemble, avec 331 séjours en MCO pour 1 000 personnes dans le Bassin *versus* 281 en France hexagonale, le territoire présente une consommation de soins supérieure de 18 % par rapport à la moyenne nationale. Pour la chirurgie, le Bassin enregistre 103 séjours pour 1 000 personnes *versus* 87 en France et 91 en Hauts-de-France ; pour la médecine, l'écart est encore plus marqué avec 147 séjours pour 1 000 personnes dans le bassin *versus* 114 en France et 135 en Hauts-de-France.

Une offre d'établissements de santé variée

Le Bassin urbain à dynamiser compte vingt établissements de court-séjour, dont huit centres hospitaliers, sept établissements de l'Association hospitalière Nord Artois clinique (Ahnac), groupe privé à but non lucratif, et cinq établissements privés à but lucratif. Parmi les communes hors bassin appartenant aux sept EPCI, un établissement à Lambres-lez-Douai du groupe Ahnac et un établissement privé à but lucratif à Bois-Bernard sont également recensés. Les centres hospitaliers comptent en moyenne 313 lits de MCO, contre une centaine dans les établissements privés, et 36 places en hospitalisation à temps partiel, contre 30 dans les établissements privés. En 2017, les établissements de soins du Bassin urbain à dynamiser ont enregistré un peu plus de 237 000 séjours en MCO. Avec un peu plus de 146 500 séjours, les centres hospitaliers absorbent environ 60 % de l'activité, les établissements de l'Ahnac 29 % et les autres établissements privés 9 %. Pour les séjours en médecine et techniques peu invasives, le secteur public génère près de 70 % de l'activité tandis que pour la chirurgie, les centres hospitaliers et les établissements du groupe font à peu près jeu égal, avec respectivement 45 % et 42 % de l'activité.

Les maternités de type 1 assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et des nouveau-nés sans problème. Les maternités de type 2 assurent la prise en charge des nouveau-nés nécessitant un service de pédiatrie néonatale, avec soins intensifs pour certaines. Les maternités de type 3 disposent d'une réanimation néonatale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds. Elles sont adaptées aux grossesses à haut risque.

BASSIN URBAIN À DYNAMISER

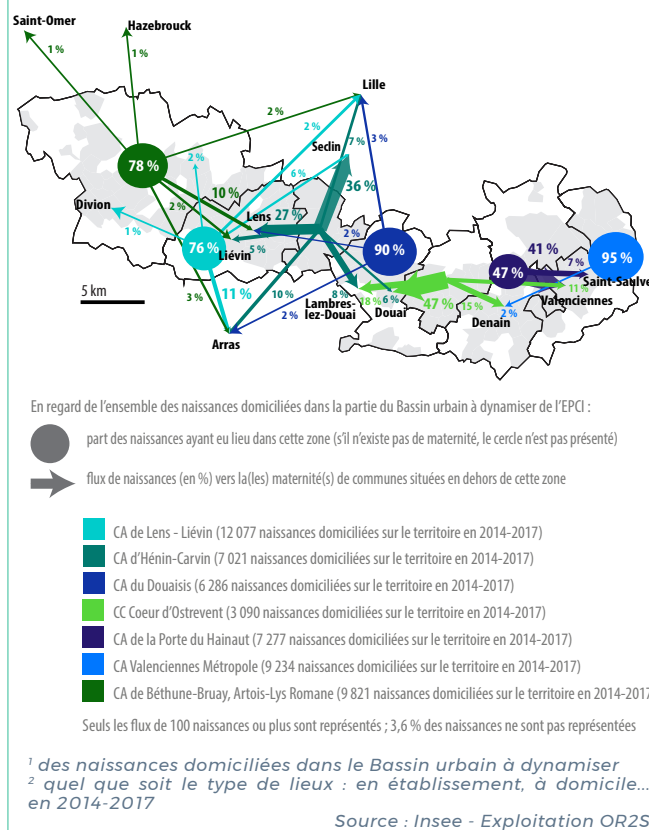
Des flux* de patients principalement entre EPCI limitrophes

Sept séjours sur dix en MCO réalisés dans les établissements du Bassin urbain à dynamiser le sont par des personnes domiciliées dans le Bassin, tandis que 60 % des séjours réalisés par des personnes domiciliées dans les communes hors bassin appartenant aux sept EPCI se font aussi au sein des établissements du Bassin. Pour la chirurgie comme pour la médecine et techniques peu invasives, les flux de patients au sein du territoire se limitent souvent aux deux EPCI limitrophes en premier recours, puis vers Lille qui attire environ 10 % des séjours en MCO de personnes domiciliées dans le Bassin. Pour certain EPCI, les séjours des patients se font pour une grande partie dans un établissement de leur EPCI de domiciliation. C'est le cas dans la CA de Valenciennes Métropole qui conserve 83 % des séjours de chirurgie et 86 % des séjours de médecine et techniques peu invasives réalisés par ses résidents. Au contraire, la CA de Lens - Liévin, qui dispose, avec le CH de Lens, du deuxième plus gros établissement du Bassin, n'attire que 28 % des séjours de chirurgie réalisés par ses résidents et 45 % des séjours de médecine et techniques peu invasives. En dehors des établissements du Bassin et de Lille, une partie des flux de patients s'oriente vers Cambrai pour la partie est du Bassin et vers Arras pour la partie ouest.

Une concentration des naissances dans les établissements du Bassin

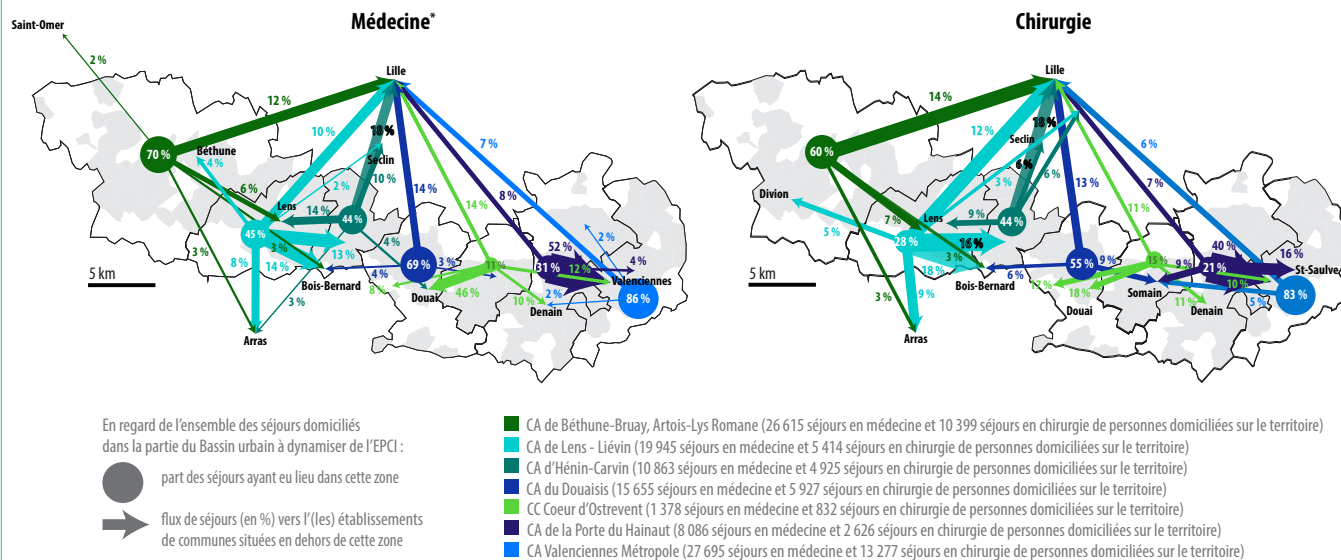
Pour la période 2014-2017, près de 55 000 naissances dont la mère est domiciliée dans une des 150 communes du Bassin ont été enregistrées. 80 % de ces naissances ont eu lieu dans une des 10 maternités du Bassin (cf. page ci-contre) : 2 de type 3 aux CH de Lens et Valenciennes, 2 de type 2 aux CH de Béthune et Douai, et 6 de type 1 réparties sur l'ensemble du territoire, la CA d'Hénin-Carvin et la CC Cœur d'Ostrevent ne disposant d'aucune maternité. Les CA du Douaisis et de Valenciennes Métropole assurent une grande partie de leurs naissances dans un établissement de leur EPCI, tandis qu'elles attirent respectivement une grande partie des flux

Flux¹ des naissances vivantes²



de naissances issues de la CC Cœur d'Ostrevent et de la CA de la Porte du Hainaut. En dehors du Bassin urbain à dynamiser, la maternité de Seclin attire 6 % de l'ensemble des naissances issues du Bassin, dont une grande partie vient de la CA d'Hénin-Carvin. Les maternités d'Arras attirent, quant à elles, 5 % de l'ensemble des naissances issues du Bassin.

Flux¹ des séjours dans un établissement de soins de courte durée en...



* Sur cette page ne sont présentées que les personnes domiciliées ou les naissances dont la mère est domiciliée dans les sept EPCI.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) viennent compléter l'offre de soins en établissements. Ils sont de plus en plus sollicités du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie. Les données de production des établissements de santé permettent de localiser les établissements en quantifiant l'activité hospitalière et de disposer des informations sur la consommation.

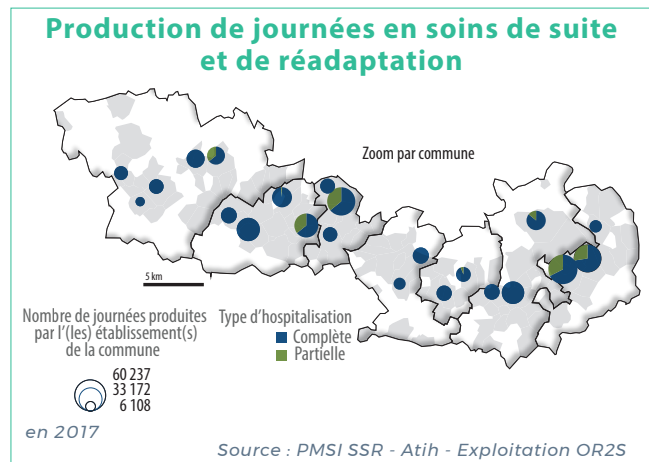
Près de 544 000 journées d'hospitalisation en SSR produites

Au 31 décembre 2017, 27 établissements de santé implantés dans le Bassin urbain à dynamiser disposent d'une autorisation en SSR selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ils offrent un peu plus de 1 800 lits ou places (dont 62 pour les enfants) : près de 1 570 lits en hospitalisation complète et 240 places en hospitalisation partielle. Les CA de Valenciennes Métropole (7 établissements pour 371 places) et de Lens - Liévin (4 établissements pour 405 places) sont les EPCI regroupant les capacités les plus importantes : respectivement 21 % et 22 % de la capacité totale du Bassin. Les CA du Douaisis, la CA de la Porte du Hainaut et la CC Cœur d'Ostrevent se distinguent par de faibles capacités en hospitalisation partielle : moins de 6 % de la capacité totale de ces EPCI sont des places en hospitalisation partielle contre 13 % pour l'ensemble du Bassin.

Au cours de l'année 2017, ces établissements de santé du Bassin urbain à dynamiser ont produit près de 544 000 journées d'hospitalisation en SSR (2,9 % pour les moins de 18 ans). Une large majorité de ces journées est réalisée en hospitalisation complète : 472 000 journées contre 72 000 journées en hospitalisation partielle. Offrant les plus fortes capacités, les établissements du Bassin des CA de Lens - Liévin et de Valenciennes Métropole affichent les plus fortes productions de journées (respectivement 123 000 et 116 000 journées), les autres EPCI produisant moins de 86 000 journées chacun. Les habitants du Bassin sont à l'origine de 76 % des journées produites avec un minimum pour la CC Cœur d'Ostrevent (59 %) et un maximum pour la CA de la Porte du Hainaut (82 %).

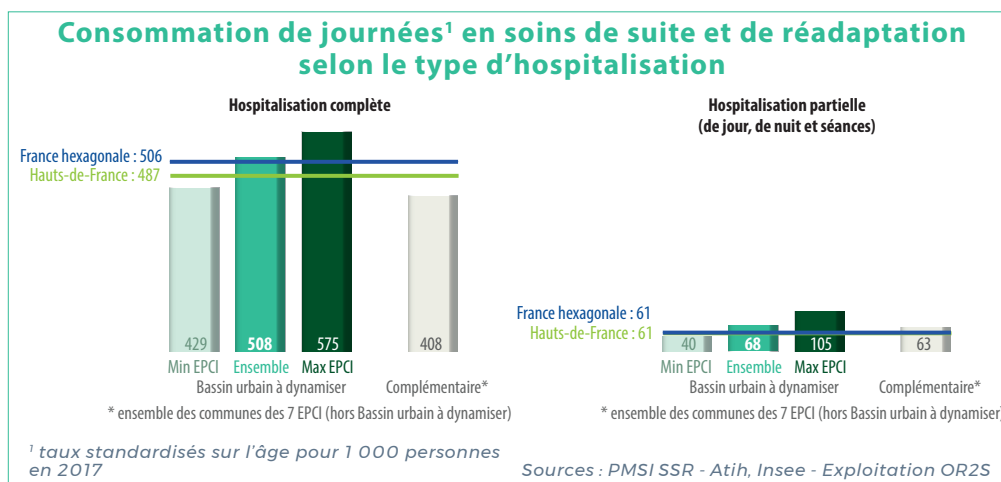
Un taux de recours en hospitalisation partielle plus élevé qu'au niveau national

Au cours de l'année 2017, selon l'Atih, près de 537 000 journées SSR ont été consommées par des habitants du Bassin urbain à dynamiser quel que soit le lieu d'hospitalisation (77 % dans des établissements du Bassin) : 470 000 en hospitalisation complète et 67 000 en hospitalisation partielle (de jour, de nuit et séances).



Rapportés à la population, les taux de recours à l'hospitalisation en SSR sont respectivement de 508 et de 68 pour 1 000 habitants, soit un taux proche de celui du niveau national pour l'hospitalisation complète mais supérieur pour l'hospitalisation partielle. Comme l'illustrent les graphiques ci-dessous, le taux de journées d'hospitalisation varie selon les EPCI surtout en ce qui concerne l'hospitalisation partielle (rapport de 1 à plus de 2 entre le minimum pour la CA du Douaisis et le maximum pour la CA Valenciennes Métropole). En hospitalisation complète, c'est la CA de la Porte du Hainaut qui connaît le plus fort taux, la CA Valenciennes Métropole ne présentant que le deuxième taux le plus faible des 7 EPCI.

Les différences entre hommes et femmes sont peu marquées pour l'hospitalisation complète. En revanche, le recours est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes en hospitalisation partielle avec un taux de 86 pour 1 000 contre 53 dans le Bassin urbain à dynamiser. La même tendance est observée au niveau national, avec un différentiel un peu plus faible (72 pour 1 000 chez les hommes contre 52 chez les femmes). Les taux d'hospitalisation complète en SSR croissent de manière exponentielle avec l'âge en France comme dans le Bassin ; pour l'hospitalisation partielle, les taux de recours augmentent régulièrement jusqu'à 70 ans puis diminuent ensuite, l'hospitalisation complète étant privilégiée aux âges avancés de la vie.



L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

PSYCHIATRIE

Les activités de psychiatrie sont organisées selon les publics pris en charge en psychiatrie générale (plus de 16 ans), psychiatrie infanto-juvénile (enfants et adolescents) et psychiatrie en milieu pénitentiaire. La prise en charge en hospitalisation peut être complète ou partielle. Toutefois sur l'ensemble des patients soignés au sein des établissements de santé, la majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire*.

L'hospitalisation en psychiatrie moins fréquente qu'en France...

Au cours de l'année 2017, 349 000 journées d'hospitalisation en psychiatrie ont été consommées par les habitants du Bassin urbain à dynamiser (dont 280 000 avec une prise en charge en hospitalisation complète). Les moins de 17 ans ont engendré 6 % de ces journées avec une prise en charge davantage en hospitalisation partielle (13 000 journées) qu'en hospitalisation complète (9 000 journées).

Les taux de journées des habitants du Bassin sont inférieurs au niveau national pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle avec un différentiel de séjours de respectivement -6 % et -11 %, ceci s'observant quel que soit le genre. Les taux varient fortement par EPCI au sein du Bassin, surtout pour l'hospitalisation partielle avec un rapport de plus de deux entre les valeurs extrêmes. Parmi les plus faibles consommations, figurent celle de la CA Valenciennes Métropole pour les deux types d'hospitalisation (262 ‰ et 41 ‰). La CA d'Hénin-Carvin se distingue par un faible recours à l'hospitalisation partielle (52 ‰) mais par la plus forte consommation des EPCI du Bassin pour l'hospitalisation complète (316 ‰). A contrario, la CA de la Porte du Hainaut présente le plus faible taux pour l'hospitalisation complète mais un taux plus intermédiaire pour l'hospitalisation partielle (78 ‰). La zone complémentaire affiche des taux en deçà de la quasi-totalité des EPCI du Bassin.

Les hommes ont davantage consommé de journées que les femmes en 2017 avec des taux supérieurs de 35 % pour l'hospitalisation complète et de 57 % pour l'hospitalisation partielle dans le Bassin urbain à dynamiser (+23 % et +55 % en France).

... mais des taux de soins ambulatoires plus élevés...

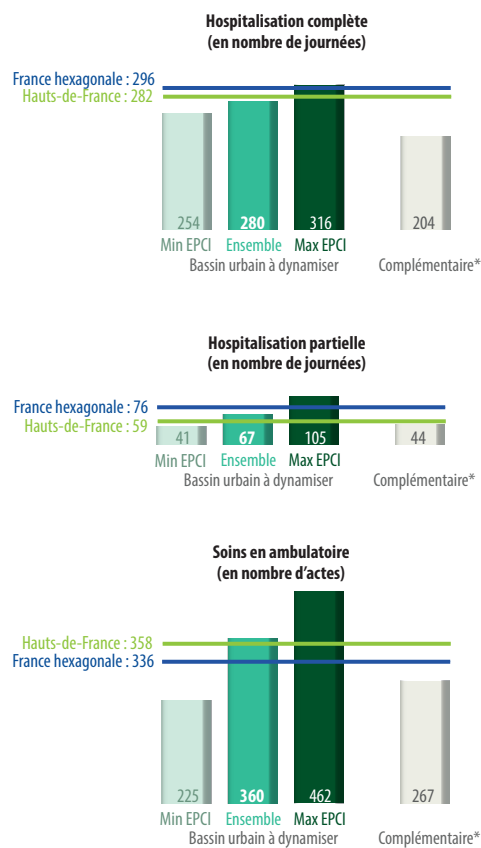
S'agissant des soins ambulatoires psychiatriques, 372 000 actes ont été consommés par les habitants du Bassin urbain à dynamiser en 2017, portant le taux local (360 actes pour 1 000 personnes) au-dessus du taux national (336 ‰). Cette surconsommation par rapport au niveau national est observée chez les hommes (+4 %) comme chez les femmes (+11 %). Comme pour l'hospitalisation partielle, de fortes disparités s'observent entre les différents EPCI du Bassin, avec deux EPCI sous la moyenne nationale (CA de Lens - Liévin avec 225 ‰ et CA d'Hénin-Carvin avec 302 ‰) et trois EPCI au-delà de 400 ‰ (CA Valenciennes Métropole, CA du Douaisis et CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane). Les taux d'actes en ambulatoire varient du simple (CA de Lens - Liévin) au double (CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane). La zone complémentaire affiche un taux bien en deçà de celle du Bassin.

Les hommes ont également davantage consommé de soins ambulatoires que les femmes en 2017 mais avec une surconsommation moindre que pour l'hospitalisation : +12 % dans le Bassin (+20 % en France).

... uniquement chez les filles pour les moins de 17 ans

Parmi les 372 000 actes en ambulatoire, plus d'un quart (27 %) concerne un jeune de moins de 17 ans, soit près de 101 700 actes en 2017. Cette consommation porte le taux à 430 pour 1 000 jeunes de moins de 17 ans dans le Bassin, soit +4 % par rapport au niveau national (413). Ce taux masque cependant une différence importante selon le genre : 532 pour 1 000 chez les garçons contre 323 chez les filles dans le Bassin. Par genre, la différence observée avec le niveau national n'est plus significative chez les garçons (536 ‰ en France). Pour les filles, le différentiel observé avec le niveau national s'élève à +14 % (323 ‰ dans le Bassin contre 284 en France).

Consommation¹ de soins psychiatriques



¹ taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes en 2017 Sources : Rim-P - Atih, Insee - Exploitation OR2S

* L'enquête SAE et le recueil du PMSI ne permettent pas de recenser les capacités et activités de chaque établissement géographique en psychiatrie. Les informations sont centralisées, pour tout ou partie, au niveau de l'entité juridique dont peuvent dépendre plusieurs établissements géographiques de santé mentale, rendant non pertinentes les analyses à un niveau territorial fin. Les données présentées sur cette page se concentrent donc sur les données localisées à la commune de domicile du patient.

PERSONNES ÂGÉES

L'accompagnement médico-social des personnes âgées se décline à travers l'action menée dans le cadre de différents dispositifs d'orientation, d'hébergement, de prise en charge à domicile et d'accueil de jour.

Une offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes bien en dessous des valeurs de référence...

En septembre 2018, le Bassin urbain à dynamiser compte une centaine d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui offrent près de 6 900 places d'hébergement. Près d'un quart de ces établissements se situe dans des communes du Bassin appartenant à la CA Valenciennes Métropole (avec pas moins de 7 établissements à Valenciennes) et un cinquième se situe dans la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane. Cependant le taux d'équipement du Bassin est bien en-dessous des taux régionaux et nationaux : à peine 80 lits pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, *versus* 97 en Hauts-de-France et 101 en France hexagonale. Ainsi le taux d'équipement du territoire est plus de 20 points inférieur au taux national. Si le taux d'équipement est légèrement plus élevé dans la partie complémentaire (93 lits pour 1 000), il ne suffit pas à compenser le fort déficit du Bassin urbain à dynamiser. Le taux d'équipement est encore plus particulièrement faible dans les communes de la CC Cœur d'Ostrevent où, avec 4 établissements et 250 places, il est d'à peine 50 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. De plus, concernant les unités de soins de longues durée, avec 8 établissements et 488 lits, le Bassin présente un indice de 5,6 lits pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Cet indice est compris entre l'indice national (5,2) et celui de la région (6,3). Toutefois, ces 8 établissements doivent aussi desservir la population de la partie complémentaire, qui ne dispose d'aucune offre en USLD.

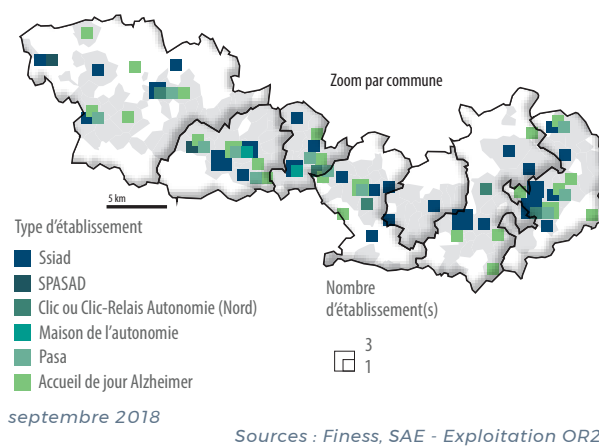
... mais des solutions alternatives relativement développées

Contrairement aux Ehpad, les résidences autonomie sont bien implantées au sein du Bassin urbain à dynamiser et peuvent offrir une alternative à l'hébergement en Ehpad pour des personnes âgées moins dépendantes. Il existe dans le territoire 52 établissements de ce type qui totalisent 2 650 places. De fait, le Bassin présente un taux d'équipement supérieur de 30 lits pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, contre 25 en région et 20 en France hexagonale. Une grande partie de cette offre est concentrée dans la partie ouest du territoire, et notamment dans les communes de la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane, qui comptent 17 résidences autonomie et affichent un taux d'équipement de 45 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

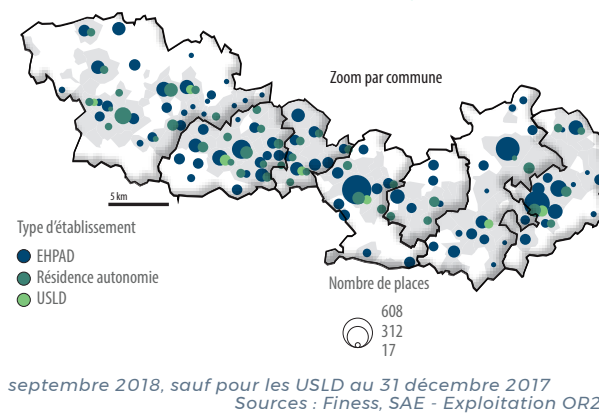
Des Ssiad bien présents

En septembre 2018, il existe 34 services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) dans le Bassin urbain à dynamiser, qui offrent près de 2 000 places. Ainsi, le taux d'équipement est de 22,6 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, et se situe entre les taux national (19,6) et régional (26,3). Si l'offre est globalement satisfaisante dans le Bassin urbain à dynamiser, elle est plus concentrée dans la partie est du Bassin avec 9 Ssiad dans la CA de Valenciennes Métropole ou encore un taux d'équipement de 49 places pour 1 000 dans la CA de la Porte du Hainaut. À l'inverse, les taux d'équipement des CA de

Services à domicile, accueil et orientation des personnes âgées




Hébergement et soins de longue durée pour personnes âgées



Béthune-Bruay, Lys-Artois Romane et de Lens - Liévin sont en dessous du taux national. Cependant, cette partie du territoire peut aussi compter sur deux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) implantés à Bully-les-Mines et Rely (dans la partie complémentaire).

Un territoire bien desservi en Clic

Le Bassin urbain à dynamiser compte en septembre 2018 cinq centres locaux d'information et de coordination (Clic), ou Clic - Relais autonomie dans le département du Nord. Chaque EPCI appartenant au Bassin dispose d'un Clic, hormis la CC Cœur d'Ostrevent et la CA de Lens - Liévin. Toutefois, si cette dernière ne dispose pas d'un Clic, elle dispose en revanche d'une maison de l'autonomie qui a deux antennes à Lens et à Hénin-Beaumont. Les maisons de l'autonomie ont été mises en place par le département du Pas-de-Calais et vise à la convergence progressive des dispositifs dédiés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.



DEUX DISPOSITIFS EN ACCUEIL DE JOUR À DESTINATION DES PERSONNES ALZHEIMER

Une offre en dispositifs à destination des personnes Alzheimer plus contrastée

L'accueil de jour pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer peut se faire dans le cadre de deux dispositifs : un accueil de jour ouvert à tous souvent au sein d'Ehpad mais pas uniquement, et un accueil en pôle d'activité et de soins adaptés (Pasa) destiné uniquement aux résidents de l'Ehpad. En ce qui concerne le premier dispositif, le territoire est relativement bien couvert : 2,1 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, soit un taux d'équipement semblable à celui de la région (2,0) et supérieur à celui de la France hexagonale (1,3). Pour l'accueil de jour en Pasa, le constat est plus réservé : 0,8 place pour 1 000 personnes de 75 ans et plus contre 6 en France hexagonale.

Les **accueils de jour Alzheimer** propose un accompagnement individualisé aux personnes accueillies et un soutien aux aidants. Ils permettent de bénéficier d'un suivi régulier et d'un accompagnement adapté, d'entretenir les capacités des personnes accueillies grâce à des activités adaptées.

Le **centre local d'information et de coordination** (Clic) est une structure de proximité assurant l'accueil, l'information, le conseil et l'orientation pour tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées de plus de 60 ans, leur famille ou les professionnels (soins, accompagnement de la personne et adaptation de l'habitat, mais aussi vie socioculturelle). Depuis 2017, ces Clic ont peu à peu été labellisés Relais autonomie (Nord) ou Maison de l'autonomie (Pas-de-Calais) en élargissant leur domaine de compétence aux personnes en situation de handicap quel que soit leur âge.

Les **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** (Ehpad) s'adressent à des personnes de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes, partiellement ou totalement dépendantes pour des raisons physiques ou mentales, et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

Les **pôles d'activités et de soins adaptés** (Pasa) sont des espaces aménagés au sein des Ehpad destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'Ehpad atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neurodégénérative et ayant des troubles du comportement modérés.

Les **résidences autonomie** sont conçues pour accueillir des personnes âgées majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles. Elles comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont souvent construites au cœur des villes à proximité des commerces, des transports et des services.

Les **services de soins infirmiers à domicile** (Ssiad) destinés aux personnes âgées malades ou en perte d'autonomie s'appuient sur les infirmiers libéraux pour les soins techniques et sur les aides-soignants salariés pour le *nursing*. Ils interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et contribuent à leur maintien à domicile.

Les **services polyvalents d'aide et de soins à domicile** (Spasad) sont des services assurant à la fois les missions d'un Ssiad et celles d'un service d'aide à domicile. Ils proposent à la fois des soins infirmiers et des aides à domicile.

Les **unités de soins de longue durée** (USLD) sont des structures hospitalières d'hébergement et de soins dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'accompagnement médico-social des enfants et adolescents en situation de handicap se décline à travers l'action menée dans le cadre de différents dispositifs d'éducation, d'orientation, d'hébergement et de prise en charge à domicile.

Une bonne couverture du territoire en instituts médico-éducatifs...

En septembre 2018, le Bassin urbain à dynamiser compte 24 instituts médico-éducatifs (IME) qui offrent au total un peu plus de 2 150 places, dont la grande majorité est en semi-internat (1 909 places), ainsi que 137 places en internat complet. Le taux d'équipement du Bassin est donc de 7,8 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, bien supérieur aux valeurs de référence (5,5 en Hauts-de-France et 4,3 en France hexagonale). Seule exception, la CA du Douaisis qui affiche un taux d'équipement d'à peine 4,0 places. Même en prenant en compte les communes complémentaires, qui elles-mêmes disposent de deux IME de 10 et 65 places, le taux d'équipement reste plus d'une fois et demie inférieur au taux d'équipement national sur cette partie du territoire.

... mais une offre en structures d'hébergement alternatives plus limitée

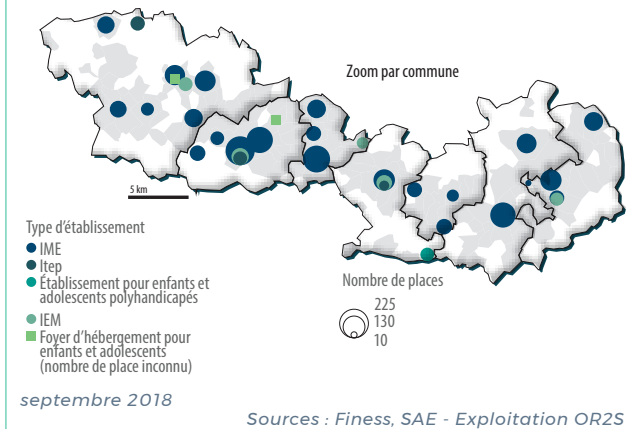
Le constat très positif concernant les IME n'est cependant pas valable pour les Itep. Il existe seulement deux établissements de ce type dans le Bassin urbain à dynamiser de 27 et 51 places, ainsi qu'un autre Itep de 55 places dans les communes complémentaires. Par conséquent, l'indice d'équipement du Bassin de 0,3 place pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans est très faible, deux fois inférieur au taux régional et même trois fois au regard du taux national.

Outre les Itep, d'autres structures d'hébergement et d'enseignement sont implantées sur le territoire. En effet, 5 instituts d'éducation motrice sont recensés dont la capacité varie entre 36 (CA d'Hénin-Carvin) et 80 places (CA de Lens - Liévin) ; ils offrent au total 279 places, toutes en semi-internat (excepté les 65 places de l'IEM de Douai). Le taux d'équipement est semblable à celui de la région : 1,0 place pour 1 000 dans le Bassin contre 1,2 en région. Le Bassin urbain à dynamiser compte aussi deux foyers d'hébergement, un dans la CA de Lens - Liévin et un dans la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane. Cette dernière dispose aussi d'un établissement expérimental pour enfance handicapée à Nœux-les-Mines. En outre, une offre complémentaire est retrouvée dans les communes limitrophes avec un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés de 50 places à Féchain (CA du Douaisis).

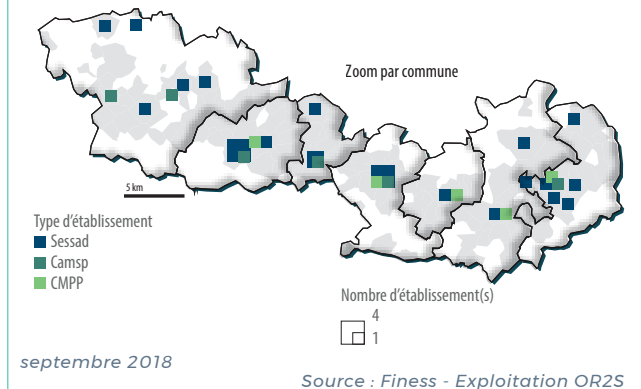
Pour les services à domicile, des taux proches de la situation régionale

Outre les structures d'hébergement et d'enseignement, il existe aussi dans le Bassin urbain à dynamiser des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad). En septembre 2018, 24 services à domicile à destination des enfants et adolescents en situation de handicap, équitablement répartis, sont recensés dans le Bassin, ainsi que deux dans les communes de la partie complémentaire ; l'ensemble totalise environ 800 places. Rapporté à la population des moins de 20 ans du Bassin, le taux d'équipement est d'à peine 3 places pour 1 000, alors qu'il est de 3,1 en Hauts-de-France et de 3,3 en France hexagonale. C'est dans les CA du Douaisis et Valenciennes Métropole qu'il est le plus élevé. Le Bassin urbain à dynamiser dispose aussi de 5 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), de 5 centres d'action médico-sociale précoce (Camsp), ainsi que d'un Camsp implanté dans la partie complémentaire.

Hébergement et enseignement pour enfants et adolescents en situation de handicap



Accueil, orientation et services d'aide pour enfants et adolescents en situation de handicap



ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

Comme pour les jeunes, l'accompagnement médico-social des adultes en situation de handicap se décline dans le cadre de différents dispositifs d'orientation, d'hébergement et de prise en charge à domicile mais aussi d'établissements adaptés au travail des personnes en situation de handicap.

Une offre d'hébergement dans la moyenne nationale

En septembre 2018, le Bassin urbain à dynamiser compte 24 foyers d'hébergement pour adultes handicapés, qui offrent en tout 635 places d'hébergement, dont 593 en hébergement à temps complet. Ainsi, rapporté à la population des personnes de 20 ans et plus, le Bassin présente un taux d'équipement de 0,8 place pour 1 000 personnes, identique au taux national et légèrement inférieur au taux régional. L'état des lieux est semblable pour les maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers de vie, le Bassin présente des taux d'équipement équivalents aux valeurs de référence et une répartition géographique des structures homogène. Ainsi dans le territoire, 8 Mas sont dénombrées pour environ 450 places, soit 0,6 place pour 1 000 (idem en France et 0,7 dans les Hauts-de-France). Il y a également 39 foyers de vie pour 936 places (dont un peu plus de 850 sont en internat à temps complet), soit un taux d'équipement de 1,2 place pour 1 000, équivalent aux taux national et régional.

De plus, il est parfois nécessaire de prendre en compte l'offre déployée dans les communes hors Bassin appartenant aux sept EPCI afin de répondre aux besoins de la population du Bassin urbain à dynamiser. C'est notamment le cas pour les foyers de vie dans la CA Valenciennes Métropole qui présente un indice de 0,7 place en ne prenant en compte que les communes du Bassin, mais cet indice atteint 1,7 place avec les communes complémentaires qui comptent 152 places réparties dans trois établissements. Seul type de structure sous-représenté dans le territoire, les foyers d'accueil médicalisés (Fam) qui sont au nombre de 11 dans le Bassin pour un total d'un peu moins de 300 places. Le taux d'équipement est de 0,4 place pour 1 000, contre 0,6 en France et 0,5 dans les Hauts-de-France. Les communes dans la partie complémentaire comptent aussi 5 établissements de ce type, ce qui engendre un indice à 0,5 en les prenant en compte. Enfin, il existe aussi trois établissements d'accueil temporaire dans le Bassin urbain à dynamiser (deux de 12 places et un de 6), ainsi que deux établissements expérimentaux, un de 66 places en internat à Arleux et un de 53 places avec prestation en milieu ordinaire à Béthune.

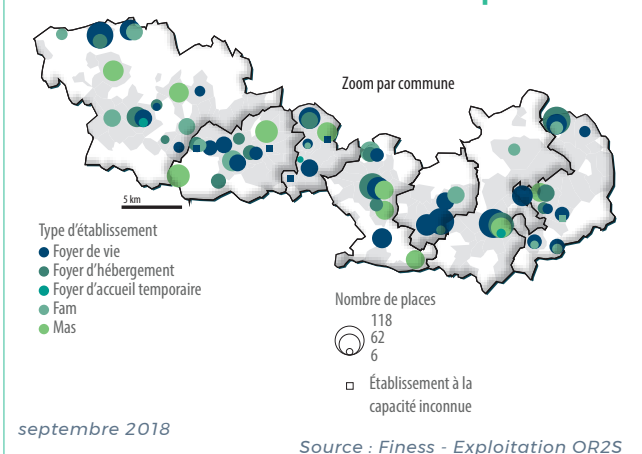
Des services de travail protégé qui se compensent

Le Bassin urbain à dynamiser présente un taux d'équipement destiné au travail des adultes en situation de handicap relativement bon. Certes, avec 8 entreprises adaptées pour un total d'environ 230 places, le territoire présente un indice de 0,3 place pour 1 000, légèrement inférieur aux indices national (0,4) et régional (0,5). Toutefois, cela est en partie compensé par un indice de places en établissement et service d'aide par le travail (Esat) bien supérieur aux valeurs de référence : le Bassin compte 15 établissements de ce type pour près de 2 500 places, soit 3,3 places pour 1 000 (contre 2,4 en France et 3,0 dans les Hauts-de-France). Le territoire compte aussi à Valenciennes un des trois centres de pré-orientation de la région.

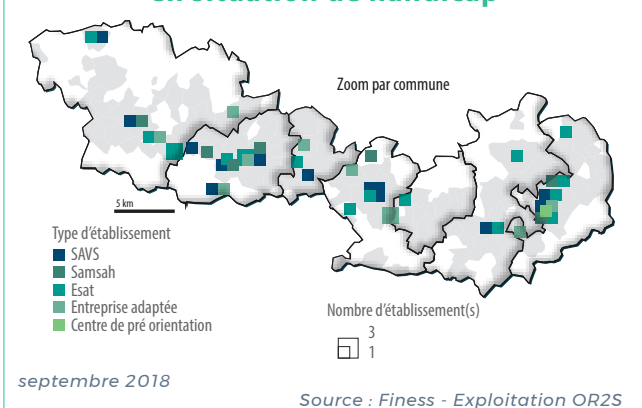
Un maintien à domicile conforme aux valeurs de référence

Le Bassin urbain à dynamiser présente un taux d'équipement en services de maintien à domicile équivalent aux taux de référence. Il compte 6 services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), dont 3 sont concentrés autour de Lens, pour un total de 218 places, soit 0,3 place pour 1 000 (contre 0,2 en France et en Hauts-de-France). Les autres Samsah sont concentrés autour de Valenciennes et Béthune, tandis que la CC Cœur d'Ostrevent et les CA du Douaisis, de la Porte du Hainaut et d'Hénin-Carvin n'en comptent aucun. La répartition géographique des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) est plus homogène : 12 établissements de ce type dans le Bassin, chaque CA disposant d'au moins un établissement. Avec en tout près de 500 places en SAVS, le territoire présente un indice d'équipement de 0,7 place pour 1 000 personnes de 20 ans et plus, semblable au taux régional (0,7) et national (0,8).

Hébergement et accueil de jour pour adultes en situation de handicap



Services de travail protégé, d'orientation et de maintien à domicile pour adultes en situation de handicap



Les structures d'accompagnement médico-social œuvrant dans le champ du handicap

Les **instituts médico-éducatifs** (IME) accueillent des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle et leur offrent un enseignement général (6-14 ans) et, à partir de 15-16 ans, une première formation professionnelle. Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (Itep) accueillent des jeunes présentant des troubles du comportement importants, perturbant gravement leur socialisation et leur accès aux apprentissages. Les **instituts d'éducation motrice** accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant une déficience motrice. Ils assurent le suivi médical, la scolarisation, la formation générale et professionnelle des enfants et adolescent, afin de réaliser leur inclusion sociale et professionnelle. Les **établissements expérimentaux pour enfance handicapée** visent à promouvoir de nouvelles formes d'accompagnement des jeunes handicapés. Ils délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge et assurent l'accueil à titre permanent, ou temporaire, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement. Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (Sessad) assurent trois missions principales auprès des enfants et des adolescents jusqu'à 20 ans, en liaison avec les familles : soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie, conseil et accompagnement de la famille et de l'entourage en général, aide au développement psychomoteur et aux orientations ultérieures. L'équipe pluridisciplinaire intervient au domicile du jeune, à la crèche, à l'école ou encore dans les locaux du Sessad. Les **centres d'action médico-sociale précoce** (Camps) ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans et sont souvent installés dans les locaux des centres hospitaliers ou dans d'autres centres accueillant de jeunes enfants. Les **centres médico-psycho-pédagogiques** (CMPP) sont des services médico-sociaux assurant, pour les enfants et adolescents de 3 à 18 ans, le dépistage et la rééducation des difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage ou troubles du comportement, sous autorité médicale.



Les **centres de pré-orientation** contribuent à l'orientation professionnelle des personnes en situation de handicap qui rencontrent des difficultés d'insertion dans le milieu du travail. Ils proposent des stages pour affiner un projet professionnel et faciliter l'insertion professionnelle. Les **établissements et services d'aide par le travail** (Esat) permettent aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle tout en bénéficiant d'un soutien médico-social et éducatif dans un milieu protégé. Cette structure accueille des personnes qui n'ont pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire ou dans une entreprise adaptée à leurs besoins. Les **entreprises adaptées** sont des entreprises du marché du travail à part entière dont la seule spécificité est d'employer majoritairement des travailleurs handicapés. Les **foyers d'accueil médicalisé** (Fam) accueillent et hébergent des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical régulier. Les **foyers d'hébergement** pour adultes handicapés assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un Esat ou dans une entreprise adaptée. Les **foyers de vie** (ou foyer occupationnel) accueillent des adultes handicapés ayant une certaine autonomie pour leur proposer des animations, des activités en fonction de leur handicap. Les **maisons d'accueil spécialisée** (Mas) proposent un hébergement permanent à tout adulte handicapé gravement dépendant dont les capacités de décision et d'action dans les actes de la vie quotidienne sont altérées. Les **services d'accompagnement médico-social adultes handicapés** (Samsah) permettent à des personnes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire en proposant une aide pour les tâches et les actes essentiels de la vie quotidienne et des activités sociales diverses pour sortir de leur isolement. Les **services d'accompagnement à la vie sociale** (SAVS) ont pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

OFFRE SPÉCIFIQUE

À l'époque de l'activité minière, un réseau de soins spécifique dédiés aux mineurs avait été mis en place par les sociétés de secours minières. Aujourd'hui encore, malgré la disparition progressive des affiliés mineurs et de leurs veuves, le réseau de soins demeure et dessert l'ensemble de la population.

Une offre historique liée aux mines

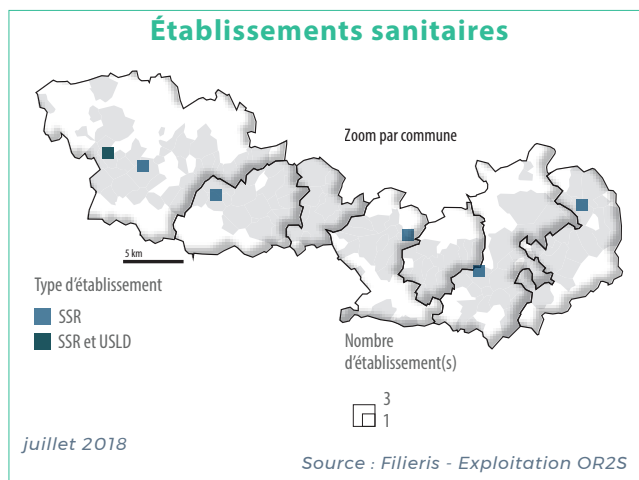
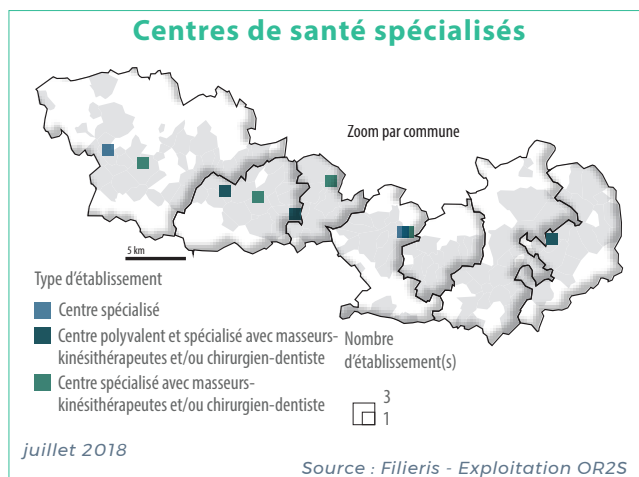
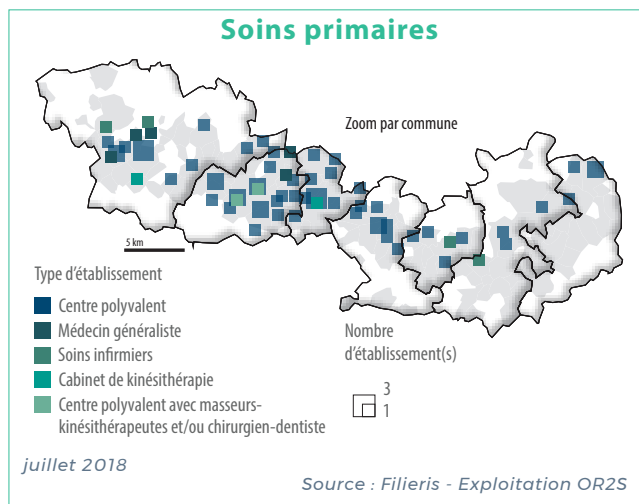
Le groupe de santé Filieris a été créé par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), un organisme privé assurant une mission de service public, dont la principale mission est désormais la gestion du groupe de santé. Filieris propose une offre de soins variée, implantée principalement dans les anciens bassins miniers, dont l'actuel Bassin urbain à dynamiser. Son offre de soins est principalement composée et structurée autour de centres de santé polyvalents, mais aussi d'établissements de soins et médico-sociaux, de services de soins infirmiers à domicile et d'aide à domicile, ainsi que de pharmacies, de magasins d'optique et de laboratoire d'analyses médicales. Auparavant réservée aux mineurs et à leurs familles, cette offre de soins est ouverte depuis 2005 à tous les patients, quel que soit leur régime de sécurité sociale, et sans dépassement d'honoraire. La CANSSM compte aujourd'hui un peu moins de 120 000 affiliés au titre de l'assurance maladie et Filieris recense environ 173 000 patients en médecine générale.

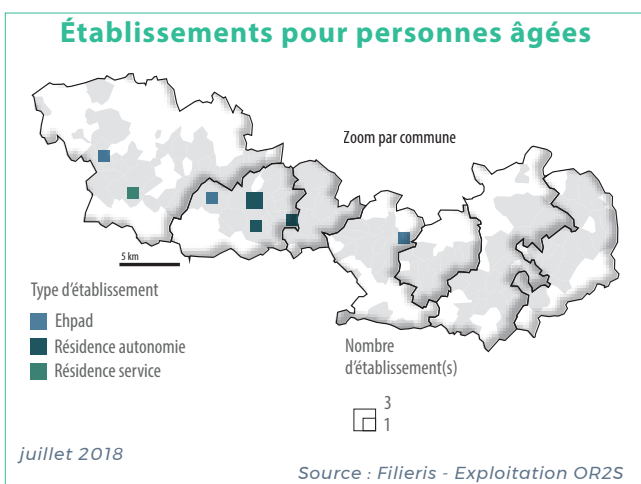
Une offre de santé structurée par les centres de santé polyvalents...

Historiquement, les médecins généralistes du Bassin urbain à dynamiser ont toujours travaillé en binôme avec un(e) infirmier(ère). C'est pourquoi aujourd'hui les centres de santé polyvalents de Filieris, qui prodiguent les soins primaires, sont quasi systématiquement composés d'au moins un médecin généraliste et d'un(e) infirmier(ère). Les centres de ce type dans tout le Bassin urbain à dynamiser sont au nombre de 59 ainsi que trois dans la partie complémentaire. De plus, le Bassin compte aussi quatre cabinets de médecins généralistes, trois de soins infirmiers ainsi que deux cabinets de kinésithérapie. Deux centres polyvalents regroupent aussi respectivement des soins dentaires à Liévin, et de la kinésithérapie à Lens. Si les centres polyvalents semblent au premier abord répartis de façon homogène sur le territoire, l'extrémité ouest du Bassin, aux alentours de Lillers, en est relativement dépourvue, tandis qu'il y a une forte concentration de ces centres dans les CA d'Hénin-Carvin et de Lens - Liévin, qui a elle seule compte vingt centres, soit un tiers des ressources du territoire.

... et complété par un réseau de spécialistes

Afin de proposer une offre de soins la plus complète possible et une prise en charge coordonnée à ses patients, Filieris compte aussi neuf centres de santé spécialisés. Trois de ces centres sont accolés à des centres de santé polyvalents et comptent aussi des soins dentaires. Deux centres sont exclusivement consacrés à diverses spécialités médicales, dont le centre d'ophtalmologie Le Kintrom à Lallaing. Enfin les quatre centres restants comptent des spécialistes ainsi d'autres professionnels de santé, que ce soit des chirurgiens-dentistes et/ou des masseurs-kinésithérapeutes. Les spécialités présentes dans ces centres sont assez variées et offrent un panel de soins spécialisés assez riche, avec notamment de la cardiologie et de la dermatologie dans sept centres sur neuf, des explorations vasculaires, doppler et pédicurie-podologie dans six centres, ou encore de l'ORL et de l'angiologie dans cinq centres. Les diverses spécialités disponibles sont la gynécologie, l'endocrinologie, la neurologie, la psychiatrie, la radiologie ou encore la rhumatologie.



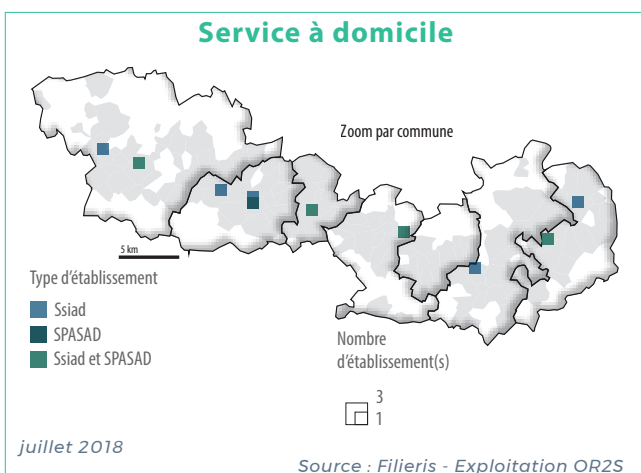


Une offre de soins complète mais plutôt localisée

Autre besoin très important lié à l'environnement du Bassin urbain à dynamiser, six centres avec de la pneumologie sont dénombrés alors que cette offre a tendance à se raréfier dans l'ensemble du Bassin. Toutefois, si l'offre de soins spécialisés est assez complète, ces centres de santé ont tendance à être concentrés dans la partie ouest du territoire (Pas-de-Calais), avec un seul centre dans l'est à Anzin (CA Valenciennes Métropole).

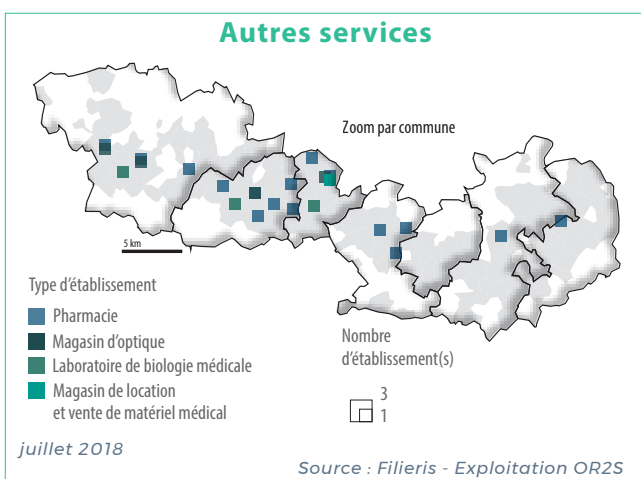
Des établissements de soins et médico-sociaux orientés vers les seniors...

À l'offre ambulatoire de Filieris, il faut ajouter douze établissements de soins et médico-sociaux du groupe implanté dans le Bassin, destinés principalement à une population vieillissante. Tout comme le reste de l'offre, ils sont principalement concentrés dans l'ouest du territoire. Ainsi sont dénombrés quatre résidences autonomie, un Ehpad et un établissement de soins de suite et réadaptation (SSR) dans la CA de Lens - Liévin ainsi qu'un établissement regroupant un Ehpad, une unité de soins de longue durée (USLD) et du SSR, un établissement SSR et une résidence service dans la CA de Béthune-Bruay Artois-Lys Romane. Le reste du Bassin compte un troisième Ehpad accolé à un établissement SSR, ainsi que deux autres établissements exclusivement SSR.



... assortis de services à domicile

En plus des soins infirmiers existant dans les centres de santé polyvalents, Filieris compte dans le Bassin urbain à dynamiser neuf services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et cinq services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), afin de favoriser le retour à domicile de patients après une hospitalisation ou de maintenir à domicile des personnes âgées ayant besoin d'une aide quotidienne. La répartition géographique de ces services au sein du Bassin urbain à dynamiser est relativement homogène.



Des services complémentaires à l'offre de soins

En complément des offres de soins en ambulatoire et au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, le groupe Filieris compte quatre magasins d'optique, un magasin de location et vente de matériel médical à Oignies (CA d'Hénin-Carvin) et un laboratoire d'analyses médicales multi-site dont le plateau central est situé à Hénin-Beaumont avec deux antennes dans les CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane et de Lens - Liévin. Filieris compte aussi dix-huit pharmacies, mais ces dernières étant réservées aux affiliés du régime minier, elles ont vocation à fermer peu à peu. Tout comme le reste de l'offre Filieris, cet accompagnement en services complémentaires est plus concentrée dans la partie du Bassin située dans le Pas-de-Calais, avec seulement cinq pharmacies dans les EPCI du Bassin situés dans le département du Nord.



LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EST ABORDÉE PARADOXALEMENT LE PLUS SOUVENT À TRAVERS LA MORTALITÉ : GÉNÉRALE, PRÉMATURÉE ET PAR CAUSES. LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE PERMETTENT D'AVOIR UNE APPROCHE D'UNE CERTAINE MORBIDITÉ DIAGNOSTIQUÉE.



ÉTAT DE SANTÉ

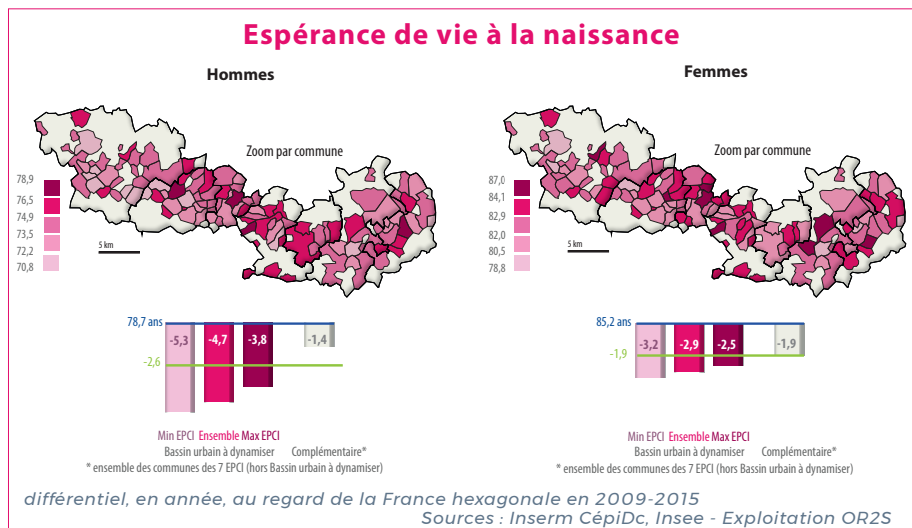
ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie est un indicateur synthétique qui permet de rendre compte de la santé de la population. Elle ne prend pas en compte les aspects de déficience et de handicap comme peut le faire l'espérance de vie en bonne santé mais est par contre calculable pour une diversité de territoires.

Des espérances de vie à la naissance inférieures à celles de la France...

Sur la période 2009-2015, les espérances de vie à la naissance de la population du Bassin urbain à dynamiser sont de 82,3 ans pour les femmes et de 74,0 ans pour les hommes. Ces espérances de vie sont inférieures aux valeurs nationales (respectivement 85,2 ans pour les femmes et 78,7 ans pour les hommes), régionales (83,3 ans et 76,1 ans) et à celle de la partie complémentaire au Bassin (83,3 ans et 77,3).

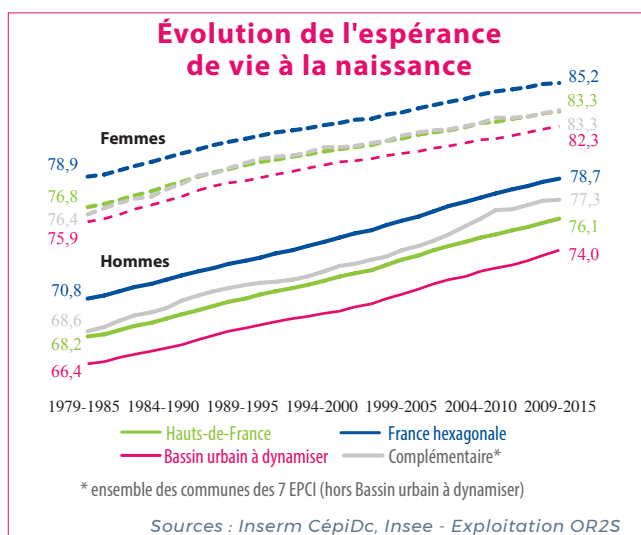
Le différentiel d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est donc plus élevé dans le Bassin (8,3 ans) que celui relevé au niveau national (6,4 ans) et dans la partie complémentaire au Bassin (6,0 ans). Dans chacun des sept EPCI étudiés, l'espérance de vie dans la zone appartenant au Bassin urbain à dynamiser varie chez les femmes entre 82,0 et 82,7 ans et, chez les hommes, entre 73,4 et 74,9 ans. Elles sont toujours inférieures aux moyennes régionales correspondantes alors qu'elles sont quasiment toujours supérieures aux moyennes régionales dans la partie complémentaire au Bassin. Ce constat se retrouve également pour les espérances de vie à 65 ans, inférieures aux moyennes régionale et nationale dans le Bassin urbain à dynamiser, tant chez les hommes (16,4 ans *versus* respectivement 17,5 ans et 19,1 ans) que chez les femmes (21,3 ans *versus* respectivement 21,8 ans et 23,2 ans). De même, quels que soient l'EPCI et le genre, la partie du Bassin urbain à dynamiser présente toujours une espérance de vie inférieure à la moyenne régionale, *a fortiori* nationale.



... de l'ordre de trois ans chez les femmes et de cinq ans chez les hommes au cours des trente dernières années

Comme le présente le graphique ci-contre, les espérances de vie à la naissance des femmes et des hommes dans le Bassin urbain à dynamiser sont de longue date inférieures à celles observées aux niveaux national et régional. Les écarts avec les moyennes nationales ont toujours été importants, variant entre -2,6 ans et -3,1 ans chez les femmes et -4,4 ans et -5,0 ans chez les hommes. Dans la partie complémentaire au Bassin au regard des sept EPCI, la situation n'est pas de même nature. Ainsi, l'espérance de vie féminine à la naissance est comparable à celle de la région tout au long de la période et celle des hommes est toujours supérieure, l'écart s'étant même accru depuis le début des années deux-mille. À 65 ans, les écarts entre les espérances de vie du Bassin urbain à dynamiser avec le niveau national demeurent élevés, de l'ordre de deux ans chez les femmes en 2009-2015 ; ces écarts ont toujours été d'au moins 1,4 an tout au long de la période d'observation. Chez les hommes, depuis le début des années quatre-vingt, les écarts d'espérance de vie à 65 ans entre les hommes du Bassin urbain à dynamiser et l'ensemble des Français ont oscillé entre -2,2 ans et -2,7 ans.

La situation de la partie complémentaire au Bassin au regard de l'espérance de vie est moins favorable à 65 ans qu'à la naissance : pratiquement toujours au même niveau que celle du Bassin chez les femmes, et au niveau régional chez les hommes quelle que soit la période au cours des 35 années d'observation. Au niveau plus fin des EPCI, les écarts entre les espérances de vie à la naissance de la partie appartenant au Bassin urbain à dynamiser et celles correspondantes de la France hexagonale varient au cours de l'ensemble de la période d'observation entre -5,8 ans et -3,5 ans chez les hommes et -4,1 ans et -1,8 an chez les femmes. À 65 ans, toujours sur la même période d'observation, les écarts sont également élevés variant de -3,1 ans à -1,7 an chez les hommes et de -2,5 ans à -0,9 an.



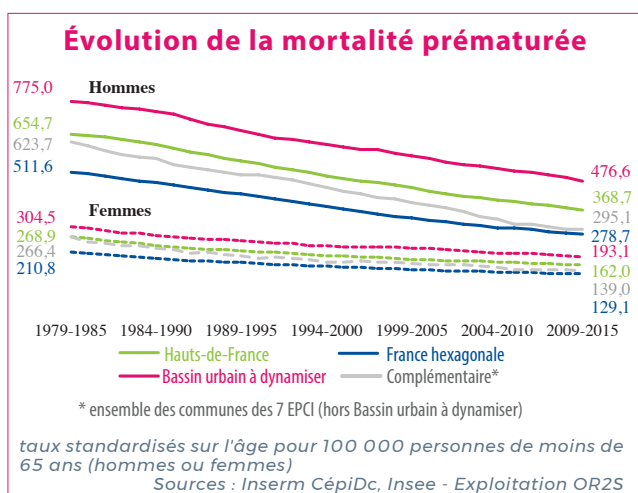
MORTALITÉ PRÉMATURÉE TOUTES CAUSES

La mortalité des moins de 65 ans permet de rendre compte d'une approche complémentaire à la mortalité générale, en se focalisant sur les décès survenant à un âge où il ne devrait pas théoriquement se produire. Les effets migratoires liés parfois à l'avancée en âge sont par ailleurs minimisés.

Une mortalité prématurée de tout temps élevée, tout particulièrement chez les hommes...

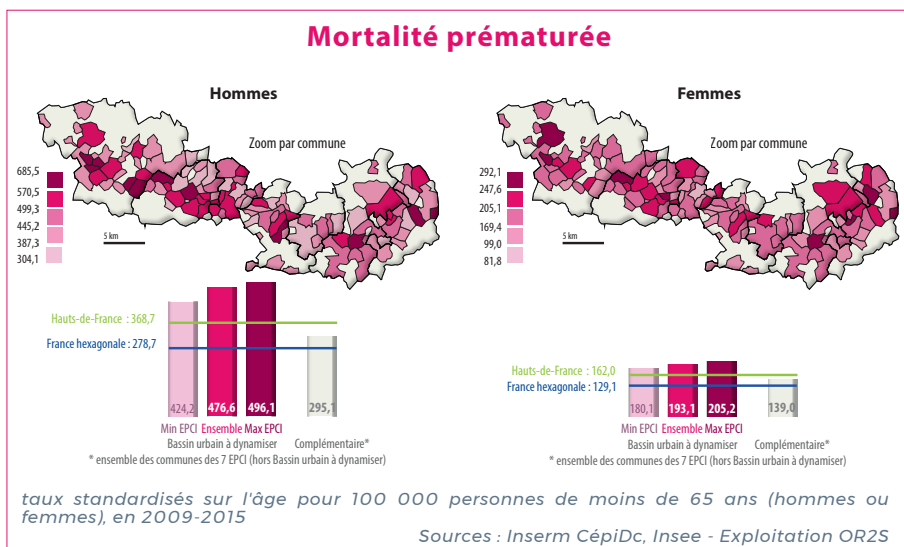
Comme cela est présenté page précédente, l'espérance de vie à la naissance est nettement plus faible dans le Bassin urbain à dynamiser, et ce quel que soit le genre. Cela se traduit par un taux standardisé de mortalité bien plus élevé dans le Bassin urbain à dynamiser qu'en France hexagonale. Ainsi, au cours des trente dernières années, le taux standardisé de mortalité chez les femmes a toujours été de 20 % à 30 % supérieur au taux national. Chez les hommes, les écarts sont encore de dix points plus importants, variant entre +30 % et +40 %. Cela se traduit aussi par des taux toujours supérieurs à ceux de l'ensemble des Hauts-de-France.

La situation est encore plus catastrophique pour ce qui a trait à la mortalité dite prématurée. Ainsi, sur la courbe ci-contre figure l'évolution du taux de mortalité chez les personnes de moins de 65 ans. Ainsi, le taux de mortalité des femmes de moins de 65 ans est toujours compris entre +44 % et +56 % au-dessus de celui de leurs homologues nationales. Chez les hommes de moins de 65 ans, la surmortalité dépasse toujours les 50 %, allant parfois au-delà de 70 % comme c'est d'ailleurs le cas depuis le début des années deux mille. Par ailleurs, la mortalité prématurée sur la partie complémentaire au Bassin minier est en revanche bien meilleure qu'en région. Ainsi, proche de la situation des Hauts-de-France au début des années quatre-vingt, elle n'a cessé de s'améliorer en s'écartant de la valeur régionale pour approcher, sur les dernières années, la moyenne nationale (+8 % chez les femmes et +6 % chez les hommes).



... avec de forts écarts localement entre les parties des EPCI appartenant au Bassin et leur complémentaire

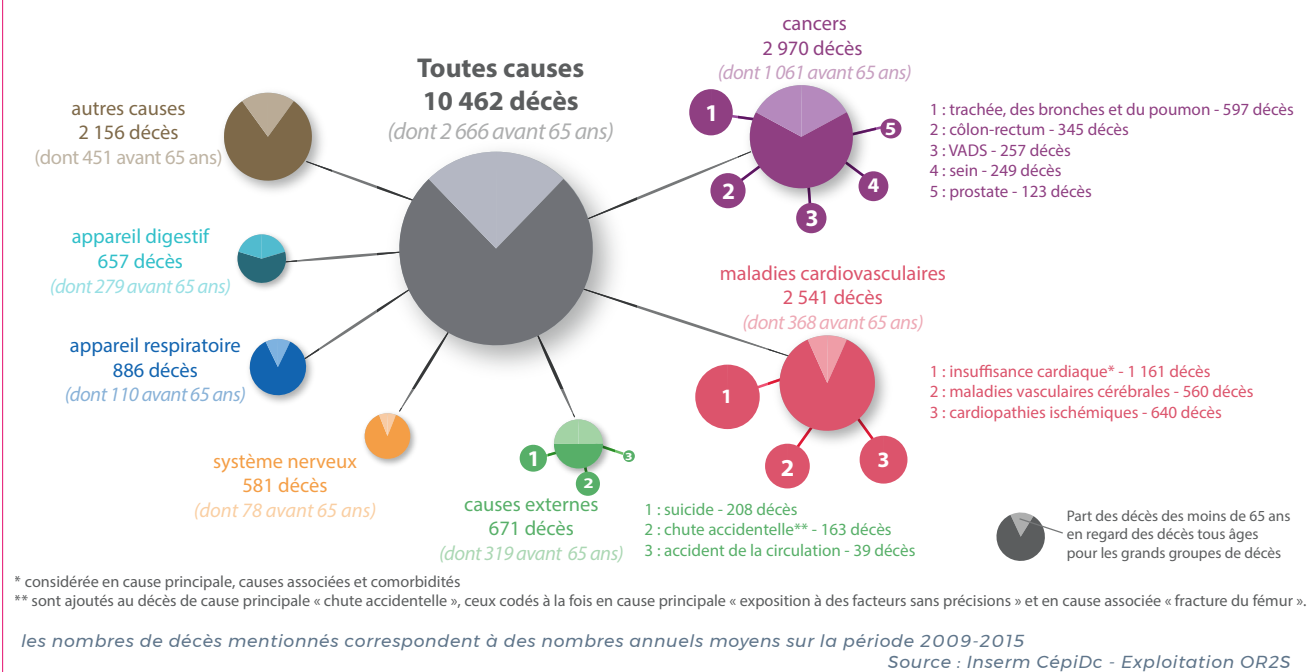
Comme le font apparaître les deux graphiques ci-dessous, le taux standardisé de mortalité prématurée maximal sur la partie des EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser approche les 500 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans ; il dépasse les 200 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. Ces maxima sont d'ailleurs retrouvés dans la même communauté d'agglomération, à savoir celle de Lens - Liévin. Toutefois, des valeurs proches sont également à mentionner dans les CA de la Porte du Hainaut et de Béthune-Bray, Artois-Lys Romane. À l'inverse, certaines parties complémentaires au Bassin au niveau des sept EPCI présentent parfois des taux au même niveau que la moyenne nationale, voire parfois en-deçà de cette valeur nationale. Ceci a pour conséquence une mortalité prématurée qui peut passer du simple au double localement.



RÉPARTITION DES CAUSES DE DÉCÈS

Si l'ensemble des décès (tous âges ou chez les seuls moins de 65 ans) permet d'avoir une connaissance des problématiques de santé d'une population sur un territoire, la répartition des causes permet d'affiner cette connaissance en priorisant les problématiques.

Répartition des décès dans le Bassin minier à dynamiser suivant les principales causes



Plus de la moitié des décès provient d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire

Tous âges et tous genres confondus, les maladies cardiovasculaires et les cancers sont restés les deux principales causes de décès toutes ces dernières années. Toutefois, du fait d'une diminution plus soutenue du nombre de décès par maladies cardiovasculaires (MCV) que par cancers (cf. pages 37 et 40) le poids de chacune de ces deux causes parmi l'ensemble des décès a évolué différemment au cours de la période d'étude. Ainsi, si au début des années quatre-vingt, les maladies cardiovasculaires étaient de loin la première cause de décès (représentant 35 % du total des décès en 1979-1985 dans le Bassin - un peu moins de 37 % en région et en France-) suivis des cancers (avec 22 % des décès dans le Bassin et 23 % dans les Hauts-de-France et en France hexagonale), la tendance s'est depuis inversée sur les trois zones mentionnées. En 2009-2015, les cancers représentent 28 % de l'ensemble des décès, et ce tant pour le Bassin que pour les niveaux régional et national. La part des décès par maladies cardiovasculaires est un peu plus faible dans la zone d'observation (24 %) que celles relevées en Hauts-de-France (25 %) et en France hexagonale (26 %). Toutefois, ce classement n'est encore que le fait masculin puisque, chez les femmes, les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause de décès, même si la différence entre ces deux causes tend à se réduire.

En 2009-2015, le troisième grand groupe qui cause le plus de décès diffère suivant le niveau géographique, mais avec des écarts assez proches entre ces groupes. Ainsi, pour l'ensemble de la France, ce sont les causes externes qui arrivent en troisième position, la part des décès étant cependant identique pour les trois niveaux géographiques (un peu moins de 7 %). Pour le Bassin mais aussi pour la région, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui sont en troisième position (avec 8,5 % contre 7 % en région et 6 % pour la France) et les maladies de l'appareil digestive arrivent ensuite avec un point de plus qu'en région et deux points de plus qu'au niveau national. Selon les causes de décès, l'augmentation de la mortalité par âge est plus ou moins précoce. Les cancers engendrent davantage de décès chez les personnes plus jeunes alors que pour les maladies cardiovasculaires les décès sont plus tardifs. Ainsi, ce sont 36 % des décès par cancers qui surviennent avant 65 ans dans le Bassin urbain à dynamiser, soit plus que dans la région (34 %) et surtout qu'en France hexagonale (28 %) contre un peu plus de 14 % pour les maladies cardiovasculaires (14 % en région et 9 % en France hexagonale). Les cancers constituent la première cause de décès prématurés (provoquant environ deux décès sur cinq de personnes de moins de 65 ans) et les maladies cardiovasculaires se situent en deuxième position (14 % des décès survenant avant 65 ans), devant les causes externes (12 % ; rang inversé au niveau national avec respectivement 13 % des décès pour les MCV et 15 % pour les causes externes des décès de moins de 65 ans).

La **codification des causes médicales** a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim 10) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé remplaçant la neuvième révision (Cim 9) utilisée depuis 1979. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage. L'analyse des évolutions par cause de décès a nécessité un travail de correspondance entre la version actuelle et la précédente. Pour présenter l'état des lieux actuel, la codification en Cim 10 a été considérée et les analyses d'évolution reposent sur la Cim 9 et à partir de l'équivalence de la Cim 10 à partir de 2000. Ceci explique que pour la période 2008-2014, les chiffres peuvent varier légèrement selon qu'il s'agisse de l'état des lieux actuel ou des évolutions. La onzième révision de la Classification internationale des maladies pourrait être proposée sur les recueils de 2020.

CANCERS

Les cancers constituent la première cause de mortalité tous genres confondus pour la plupart des territoires mais elle masque des différences de répartition des principales causes de décès entre hommes et femmes. Les taux au niveau des territoires varient sensiblement suivant le genre et la localisation.

Une importante surmortalité masculine par rapport à la France qui s'accroît

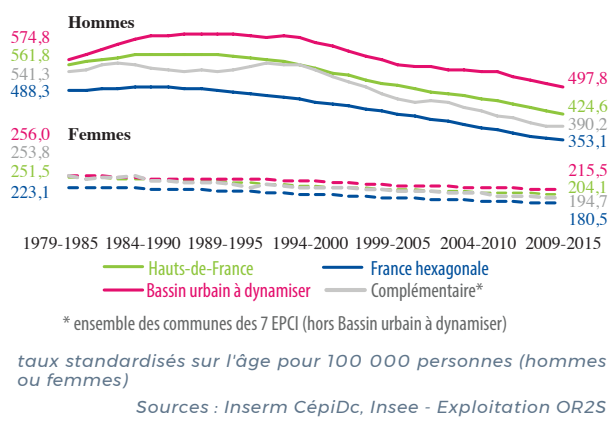
Pour la période 2009-2015, en moyenne annuelle, 2 970 décès dus à des cancers (1 771 masculins et 1 199 féminins) ont été dénombrés dans le Bassin urbain à dynamiser ce qui le situe en surmortalité par rapport à la France hexagonale (+30 %). La surmortalité est supérieure à celle retrouvée sur l'ensemble de la région (+17 %) et sur la partie complémentaire au Bassin au regard des sept EPCI (+10 %). Elle est particulièrement élevée au regard du niveau national chez les hommes du Bassin : +41 % *versus* +20 % sur l'ensemble de la région et +11 % sur la partie complémentaire.

Bien qu'existante, elle est moindre parmi la population féminine quel que soit le territoire d'observation (respectivement +19 %, +13 % et +8 %). Comme le souligne le graphique ci-contre, depuis le début des années quatre-vingt, le Bassin urbain à dynamiser enregistre une diminution de la mortalité par cancers, tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, ces baisses sont en-deçà de celles équivalentes aux niveaux national, régional et du complémentaire au Bassin. De fait, en une trentaine d'années, la diminution du taux standardisé dans le Bassin urbain à dynamiser est de 16 % chez les femmes et de 13 % chez les hommes. Dans le même temps, cette diminution est respectivement de 19 % et de 28 % dans l'Hexagone, de 19 % et de 24 % dans l'ensemble des Hauts-de-France et de 23 % et de 28 % dans la partie complémentaire au Bassin. Ainsi, sur l'ensemble de la période d'observation, l'écart avec le niveau national n'a cessé de croître sur le Bassin passant de +14 % au début des années quatre-vingt à plus de 40 % désormais chez les hommes ; chez les femmes, après une augmentation, l'écart semble toutefois se stabiliser au niveau des 20 %.

Des différences marquées localement

Plus localement, la surmortalité par cancers varie sensiblement suivant l'EPCI et la partie appartenant ou non au Bassin urbain à dynamiser. Ainsi, chez les hommes la surmortalité varie pour la partie appartenant au Bassin entre 29 % (CA du Douaisis) et 54 % (CA de Béthune-Bray, Artois-Lys Romane) alors que seule la CA du Douaisis présente un taux significativement supérieur au taux national pour la partie complémen-

Évolution de la mortalité par cancers

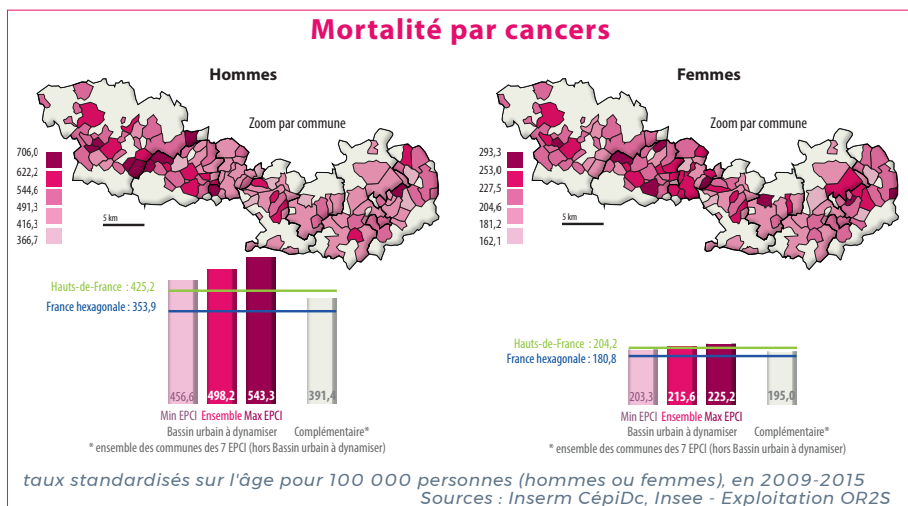


taire. Chez les femmes, toutes les parties des EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser présentent une surmortalité qui varie du simple au double mais toujours moindre à celles des hommes (entre 12 % et 25 %). Pour la partie complémentaire, un seul EPCI présente une surmortalité : il s'agit de la CA de Béthune-Bray, Artois-Lys Romane avec +10 % au regard du niveau national.

Une mortalité prématurée masculine encore supérieure à celle tous âges

Dans le Bassin urbain à dynamiser en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 727 hommes et 334 femmes sont décédés d'un cancer avant 65 ans. Ainsi, 35,5 % des décès par cancers concernent des personnes de cette tranche d'âge contre un peu moins de 28 % en France hexagonale. Cette part est bien plus élevée chez les hommes que chez les femmes et plus différenciée avec la France hexagonale : 41 % des décès par cancers sont survenus avant 65 ans dans le Bassin contre 29 % au niveau national chez les premiers *versus* respectivement 28 % et 25 % pour les secondes. Cela se traduit par une surmortalité prématurée par rapport au niveau national supérieure à celle retrouvée tous âges, tout particulièrement chez

les hommes : +82 % (contre +41 % tous âges) à comparer aux +29 % chez les femmes (+19 % tous âges). Concernant la partie complémentaire au Bassin, il existe également une surmortalité mais elle est bien moindre à celle de la partie du Bassin : du même ordre chez les seuls moins de 65 ans que dans l'ensemble de la population (+12 % chez les hommes de moins de 65 ans contre 11 % tous âges et respectivement +6 % et +8 % chez les femmes). Comme pour l'ensemble de la population, il existe une différence sensible pour la partie de l'EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser du reste de l'EPCI.



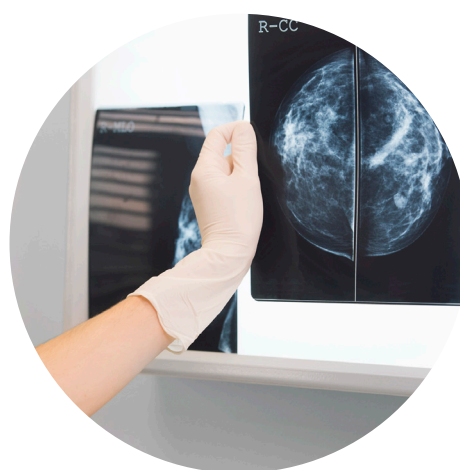
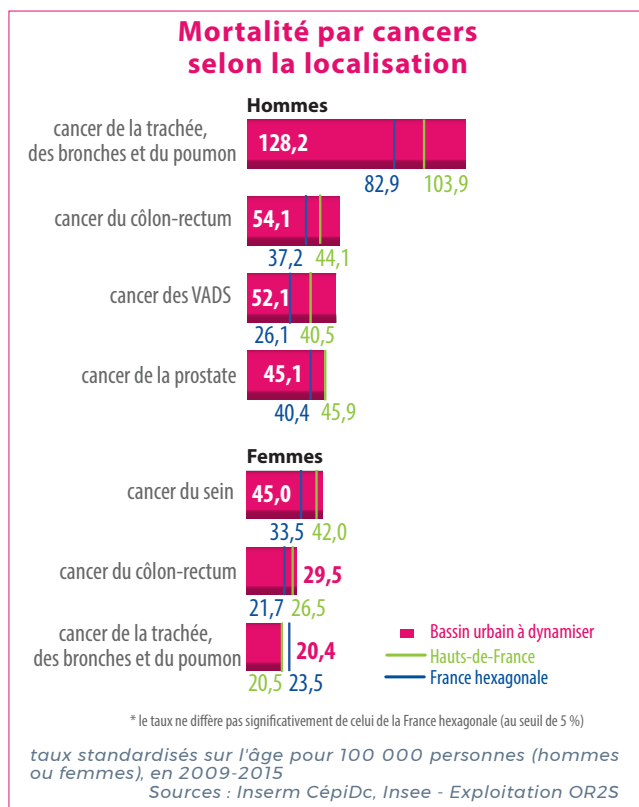
Ainsi, chez les hommes, toutes les parties des EPCI appartenant au Bassin enregistrent une surmortalité prématurée d'au moins 55 % pouvant dépasser les 90 %. Sur la partie complémentaire, seule la CA du Douaisis présente une surmortalité prématurée masculine (+40 %). Chez les femmes de moins de 65 ans sur la partie de l'EPCI appartenant au Bassin, hormis pour la CC Cœur d'Ostrevent, une surmortalité est retrouvée mais à un niveau moindre à celle des hommes du même âge, variant toutefois entre +24 % et +42 %. Dans la partie complémentaire pour la population féminine, aucune surmortalité n'est retrouvée mais une sous-mortalité est par contre constatée dans la CC Cœur d'Ostrevent. (-45 %).

Le double de mortalité par cancer des VADS dans la partie des EPCI appartenant au Bassin au regard du niveau national

Comme l'illustre le graphique de cette page, les cancers les plus courants diffèrent suivant le genre. De plus, la hiérarchie des taux de mortalité et ceux des admissions en ALD par localisation cancéreuse (graphique page ci-contre) varie, notamment chez les hommes, du fait d'un bon ou non pronostic de survie par type de cancer.

Pour la mortalité masculine, justement du fait d'un mauvais pronostic vital, la localisation qui arrive en première position est le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (487 décès en moyenne annuelle en 2009-2015). Ce cancer provoque presque autant de décès que les trois autres localisations les plus mortelles chez les hommes, à savoir le cancer du côlon-rectum (178 décès en moyenne), celui des VADS (210) et celui de la prostate (123). En termes de taux standardisés de mortalité, quelle que soit la localisation, le taux est supérieur à celui équivalent du niveau national. Le taux de mortalité par cancer des VADS est deux fois plus élevé dans le Bassin urbain à dynamiser qu'au niveau national. Il dépasse ce seuil pour nombre de parties des EPCI appartenant au Bassin. Dans la partie complémentaire, seul le cancer des VADS se retrouve en surmortalité (surmortalité qui n'est constatée qu'au niveau de la CA du Douaisis pour cette partie des EPCI). Chez les femmes, le cancer du sein est celui qui provoque le plus de décès : 246 en moyenne annuelle sur la période 2009-2015. Le cancer du côlon-rectum arrive ensuite avec 167 décès en moyenne annuelle suivi du cancer de la trachée, des bronches et du poumon (110 décès). Toutefois, si les deux premiers situent le Bassin urbain à dynamiser en surmortalité de l'ordre d'un tiers, le troisième est en sous-mortalité au regard de la moyenne nationale de 13 %. Globalement, un constat de même ordre est retrouvé sur la partie complémentaire : surmortalité pour les cancers du sein et du côlon-rectum et sous-mortalité pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

Au niveau plus fin, la surmortalité est retrouvée pour toute les parties des EPCI du Bassin urbain à dynamiser pour les cancers du sein et du côlon-rectum (hormis dans la CC Cœur d'Ostrevent pour cette dernière localisation). Pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, la sous-mortalité est effective sur les CA de la Porte du Hainaut et de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane avec un différentiel de plus de 20 %. Dans la partie complémentaire, cette sous-mortalité est retrouvée dans tous les EPCI, sauf la CA d'Hénin-Carvin pour laquelle les effectifs sont trop faibles et ne peuvent être interprétés. Les différentiels avec le niveau national sont toutefois plus élevés, de l'ordre de -50 %/-60 % par rapport au Bassin. Toujours pour cette partie du territoire, une surmortalité est retrouvée dans la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys-Romane pour les cancers du côlon-rectum et du sein et, pour cette seule dernière localisation, dans la CA de la Porte du Hainaut.



Les **affections de longue durée** ont été abordées en termes de flux, c'est-à-dire d'admissions annuelles en ALD. Ces données ne reflètent pas la morbidité réelle, mais rendent compte d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée. En effet, seules les personnes diagnostiquées et dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation au regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires.

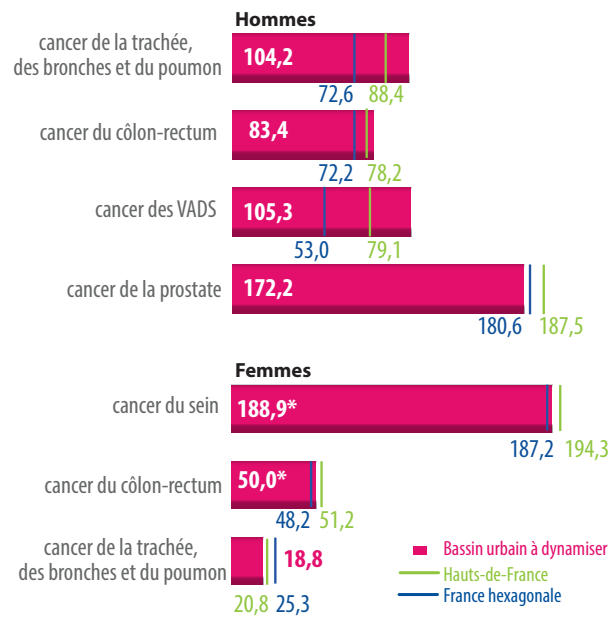
BASSIN URBAIN À DYNAMISER

Plus de 1 500 admissions en moyenne annuelle au total pour la prostate et le sein

Sur la période 2008-2014 en moyenne annuelle, près de 5 000 personnes (2 626 hommes et 2 341 femmes) domiciliées dans le Bassin urbain à dynamiser ont eu une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée¹ pour un cancer. Cela représente un taux de 731 admissions pour 100 000 hommes, soit un sixième d'admissions de plus qu'au niveau national. Chez les femmes, le taux d'admissions est au niveau national de 465 admissions pour 100 000 femmes. Ces taux sont retrouvés de manière sensiblement identique sur la partie complémentaire : chez les hommes sur-admissions de l'ordre de 8 % et valeur au niveau national chez les femmes. À un niveau plus fin comme le propose la carte ci-dessous, le taux d'admissions en ALD pour cancers est supérieur à celui du niveau national pour toutes les parties des EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser chez les hommes. Chez les femmes, seule la partie de la CA d'Hénin-Carvin présente un taux d'admission supérieure à la valeur nationale. Pour la partie complémentaire, seule la CA de Béthune-Bray présente un taux supérieur à la moyenne nationale chez les hommes.

Avec 575 admissions masculines en moyenne sur la période 2008-2014 dont 367 chez des hommes âgés de 65 ans et plus, le cancer de la prostate figure au premier rang des admissions par cancer dans le Bassin urbain à dynamiser. Cela représente un taux d'admissions moindre que celui du niveau national, ce qui n'était pas retrouvé pour la mortalité (cf. page ci-contre). À l'inverse, les trois localisations qui arrivent ensuite présentent des taux d'admissions supérieurs à ceux du niveau national, dans un différentiel avec le niveau national de même ordre que celui retrouvé pour la mortalité. Ainsi, les 421 admissions masculines en moyenne annuelle sur la période 2008-2014 pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures (dont 300 chez des hommes de moins de 65 ans) engendrent un taux d'admissions du double de celui observé au niveau national. Les 400 admissions pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon (dont 242 chez des hommes âgés de moins de 65 ans) représentent un taux d'admissions de 104,2 pour 100 000 hommes. Enfin, le cancer colorectal a été la cause de la mise en ALD de 285 hommes sur la période 2008-2014 dont 163 âgés de 65 ans ou plus, soit un taux d'admissions de 83,4 pour 100 000 hommes.

Admissions en ALD pour cancers selon la localisation

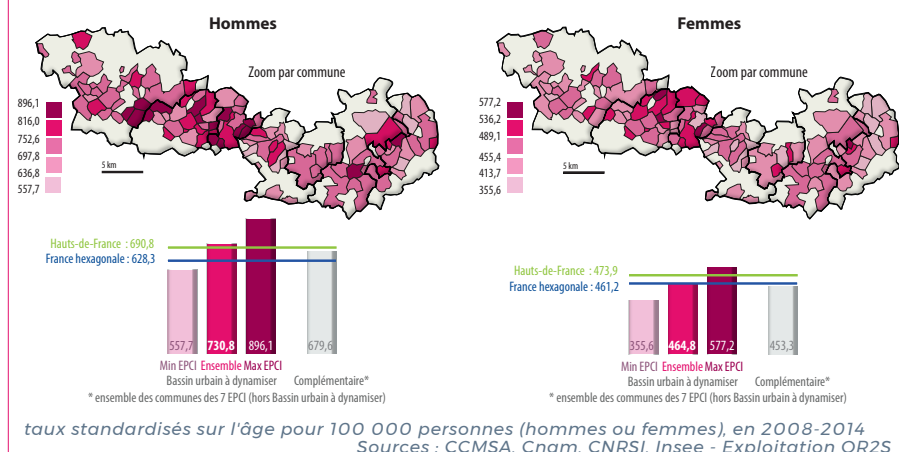


* le taux ne diffère pas significativement de celui de la France hexagonale (au seuil de 5%)

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes), en 2008-2014
Sources : CCMSA, Cnam, CNRSI, Insee - Exploitation OR2S

Chez les femmes, le cancer du sein est de loin la première cause d'admissions en ALD avec 933 femmes concernées en moyenne annuelle sur la période 2008-2014 dont 542 âgées de moins de 65 ans. Cela représente un taux d'admissions au niveau de la moyenne nationale de 158,9 pour 100 000 femmes. Au niveau des sept EPCI, aucune différence n'est retrouvée, tant côté Bassin urbain à dynamiser que dans la partie complémentaire. Le cancer colorectal entraîne la mise en ALD de 257 femmes en moyenne annuelle dont 175 âgées de 65 ans ou plus, soit un taux d'admissions de 50,0 pour 100 000 femmes de l'ordre de celui observé nationalement. Le troisième cancer en termes de nombre moyen annuel est le cancer de la trachée, des bronches et du poumon ; celui-ci occasionne l'entrée en ALD de 95 femmes dont 58 chez des femmes de moins de 65 ans, soit un taux d'admissions de 18,8 pour 100 000 femmes, inférieur au taux national. Enfin, le cancer des VADS avec 91 nouvelles admissions dont 62 chez des femmes de moins de 65 ans arrive juste après. À l'inverse de la précédente localisation, il s'avère nettement supérieur au taux français de plus de 50 %.

Admissions en ALD pour cancers



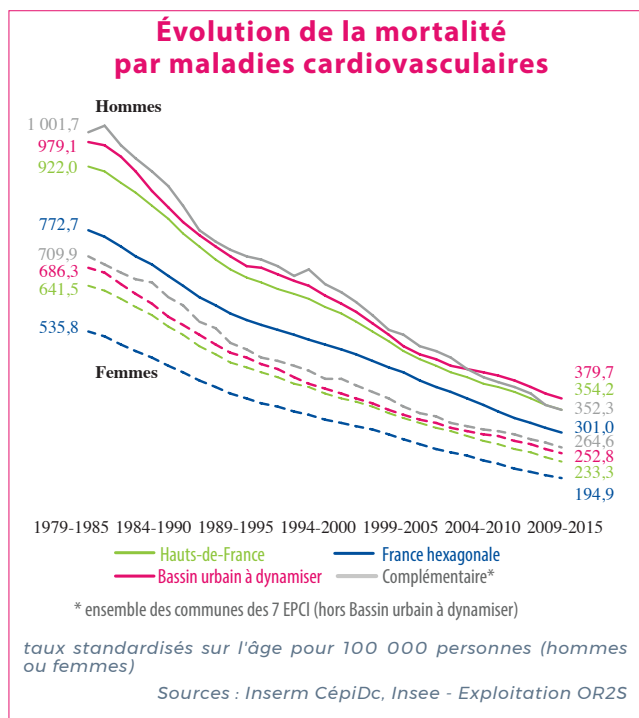
¹ Certaines personnes peuvent avoir un cancer mais ne pas être diagnostiquées ou être diagnostiquées mais ne pas avoir fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD.

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies de l'appareil circulatoire représente la deuxième cause de mortalité tous genres. Toutefois, cela n'est encore le fait que des seuls décès masculins puisque ces pathologies demeurent la première cause de décès des femmes.

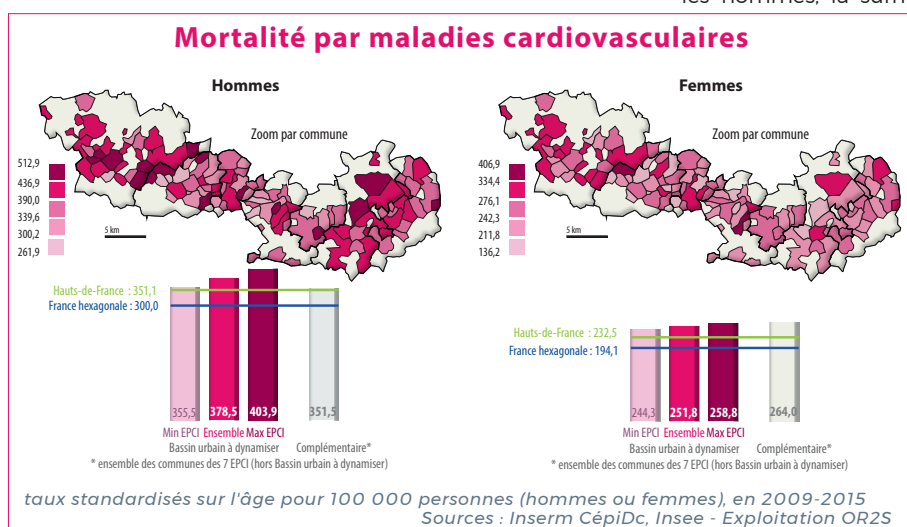
Des écarts entre taux particulièrement élevés avec le niveau national qui ont tendance à s'accroître ces dernières années

En 2009-2015, le Bassin urbain à dynamiser présente une surmortalité de 27 % par maladies cardiovasculaires au regard de la France avec en moyenne annuelle 2 541 décès (1 105 hommes et 1 436 femmes), Cette surmortalité est identique à celle observée sur la partie complémentaire du Bassin et supérieure à celle de la région (+18 %). Quel que soit le niveau géographique, la surmortalité au regard du niveau national est plus importante côté féminin que masculin, tout particulièrement dans la partie complémentaire au Bassin même si en valeur absolue les taux masculins restent plus élevés que leurs équivalents féminins. Entre 1979-1985 et 2009-2015, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de plus de 60 %, quelle que soit l'unité géographique (France, région, Bassin, Complémentaire au Bassin) et quel que soit le genre. En comparant les courbes ci-contre avec les évolutions pour les cancers présentées page 37, les diminutions sont plus soutenues pour les maladies de l'appareil circulatoire que pour les cancers ce qui fait que les taux standardisés des premières pathologies sont désormais inférieurs à ceux retrouvés pour les secondes chez les hommes. Chez ceux-ci sur les dernières années, la diminution est par ailleurs moins importante sur les communes appartenant au Bassin urbain à dynamiser que sur les autres unités géographiques de comparaison. Pour les femmes, quelle que soit l'unité géographique, les taux standardisés de mortalité pour maladies cardiovasculaires demeurent supérieurs à ceux des cancers mais vraisemblablement pour plus très longtemps compte tenu des tendances pour ces deux grands groupes de pathologies. Comme pour leurs homologues masculins, les baisses récentes observées chez les femmes sur le Bassin urbain à dynamiser sont moindres que celles comparables des niveaux régional et national. Enfin, sur l'ensemble de la période d'observation, la mortalité par maladies cardiovasculaires est au même niveau voire supérieure sur la partie complémentaire à celle du Bassin urbain à dynamiser ce qui n'était pas constaté pour les cancers.



Des différences marquées localement, tout particulièrement chez les femmes

Localement, la surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire est élevée dans tous les EPCI, que ce soit dans la partie appartenant au Bassin urbain à dynamiser ou non, et ce quel que soit le genre. En concordance avec les courbes ci-dessus, le différentiel avec le niveau national est sensiblement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, hormis la CA d'Hénin-Carvin sur la partie complémentaire au Bassin (effectifs trop faibles), la surmortalité fluctue sur les treize autres zones dans un rapport allant du simple au double entre 24 % et 47 % (entre 26 % et 33 % sur la seule partie du Bassin contre 12 % et 25 % sur cette même partie pour les cancers). Chez les hommes, la surmortalité au regard du niveau national varie dans la partie des EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser entre 19 % et 35 % ; cette surmortalité était du même ordre pour les cancers, comprise entre 22 % et 36 %. Dans la partie complémentaire, seuls trois EPCI présentent une surmortalité, le différentiel le plus élevé se trouvant dans la CA de Lens - Liévin avec +37 %, soit le même constat porté que chez les femmes en faisant ainsi la partie du territoire présentant la plus forte mortalité par maladies de l'appareil circulatoire. Concernant la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires, elle est considérable sur le Bassin urbain à dynamiser : près du double chez les femmes à la moyenne nationale, trois quarts en plus chez les hommes.



Une mortalité par insuffisance cardiaque élevée chez les moins de 65 ans...

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'insuffisance cardiaque est la première cause de mortalité par maladies cardiovasculaires*. Avec 681 décès féminins et 480 décès masculins en moyenne annuelle en 2009-2015, le Bassin urbain à dynamiser présente une surmortalité par rapport à la France de l'ordre de 20 % pour chacun des genres. Cette surmortalité se décline au niveau plus fin puisqu'un grand nombre de parties de l'EPCI appartenant au Bassin se retrouve également en surmortalité, tant chez les hommes que chez les femmes. Concernant la mortalité prématurée, elle est très élevée, dépassant les +90 % au regard du niveau national tant chez les hommes que chez les femmes.

Concernant les ALD pour insuffisance cardiaque, ce sont plus de 2 500 personnes du Bassin urbain à dynamiser (250 femmes de plus que d'hommes) dont un cinquième âgé de moins de 65 ans qui entrent dans le dispositif en moyenne annuelle en 2008-2014. Pour les hommes comme pour les femmes, à tout âge comme chez les moins de 65 ans, dans le Bassin urbain à dynamiser comme dans la partie complémentaire, les taux d'admission sont toujours supérieurs aux taux correspondants nationaux.

... comme pour les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux

En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, les cardiopathies ischémiques ont provoqué 360 décès masculins et 280 décès féminins dans le Bassin urbain à dynamiser. Le rapport est inversé entre les hommes et les femmes pour les accidents vasculaires cérébraux : 360 décès féminins et 200 décès masculins. Cela entraîne chez les femmes tant pour les premières pathologies que pour les secondes une surmortalité de l'ordre de 30 % par rapport au niveau national. Chez les hommes, la surmortalité par cardiopathies ischémiques est de 35 % ; elle est moitié moindre pour les accidents vasculaires cérébraux : un sixième en plus au regard de la moyenne nationale. Pour la seule mortalité prématurée, les écarts avec le niveau national quel que soit le genre sont très élevés, d'au moins 60 %, dépassant le plus souvent les 90 %.

Un peu moins de 2 000 personnes (1 254 hommes dont 731 de moins de 65 ans et 694 femmes dont 207 de moins de 65 ans) sont admis en ALD en moyenne annuelle pour la période 2008-2014 pour cardiopathies ischémiques. Comme le souligne le graphique ci-contre, le taux d'admissions pour cardiopathies ischémiques est très élevé chez les hommes, au niveau de l'insuffisance cardiaque. Les taux d'admission pour cardiopathies ischémiques sont plus élevés tant pour les hommes que pour les femmes, tant tous âges que chez les seuls moins de 65 ans, tant dans le Bassin urbain à dynamiser que dans la partie complémentaire (hormis chez les hommes de moins de 65 ans dans la partie complémentaire). Enfin, les accidents vasculaires cérébraux entraînent la mise en ALD en moyenne annuelle sur la période 2008-2014 de 948 personnes réparties de façon quasi-identique entre hommes et femmes dont 395 chez des moins de 65 ans. Les taux sont retrouvés sur le Bassin urbain à dynamiser chez les hommes comme chez les femmes, tous âges et chez les moins de 65 ans.

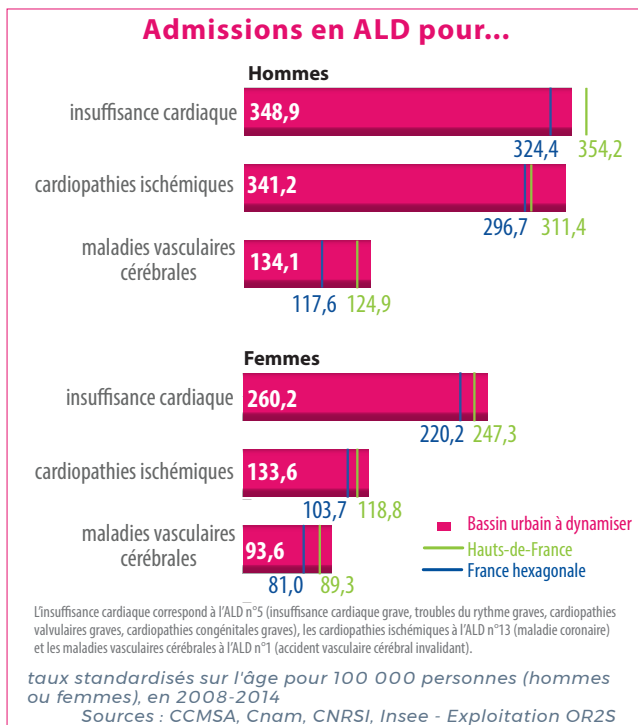
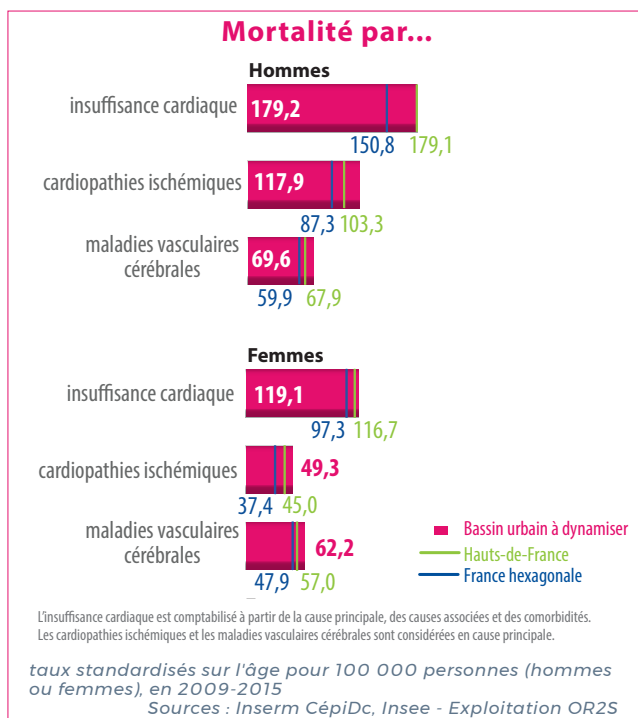
Les **maladies cardiovasculaires** (ou maladies de l'appareil circulatoire) englobent une multitude de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Certaines de ces pathologies font l'objet d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, à savoir :

- ALD n°5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (mentionnée "insuffisance cardiaque" dans ce document) ;
- ALD n°13 : maladie coronaire (mentionnée "cardiopathies ischémiques") ;
- ALD n°1 : accident vasculaire cérébral invalidant (mentionnée "maladies vasculaires cérébrales" ou "accidents vasculaires cérébraux").

Les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires mentionnées dans ce document regroupent ces trois ALD et non pas toutes les pathologies constituant les maladies de l'appareil circulatoire.

Concernant la mortalité, l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales sont considérées en cause principale de décès. Par contre, pour les insuffisances cardiaques, sont prises en compte la cause principale, les causes associées et les comorbidités.

* Cette cause de décès n'est pas uniquement considérée en cause principale, cf. texte ci-dessus pour plus de précision.



Il n'est pas retrouvé par contre de différence dans la partie complémentaire au Bassin chez les hommes, tant tous âges que chez les seuls moins de 65 ans.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

La part des décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire est plus importante dans le Bassin urbain à dynamiser, se traduisant par une forte surmortalité au regard de la France, notamment chez les hommes.

Chez les hommes, le taux de mortalité est plus de deux fois plus élevé qu'en France

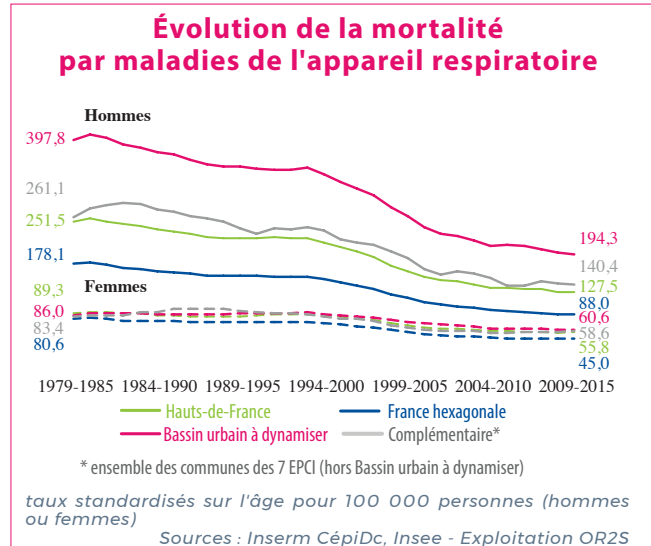
Sur la période 2009-2015, au regard de la France, le Bassin urbain à dynamiser enregistre une surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire de 70 %, avec en moyenne 886 décès par an (541 hommes et 345 femmes). La partie complémentaire du Bassin enregistre quant à elle une surmortalité de 45 %, restant supérieure de 12 points à celle de la région. Il est important de souligner que la surmortalité relevée dans le Bassin urbain à dynamiser, au regard du niveau national, est trois à quatre fois plus élevée chez les hommes (+120 %) que chez les femmes (+35 %). Plus généralement, la forte mortalité masculine pour cette cause ressort spécifiquement sur le Bassin, elle est un peu moins marquée dans la zone complémentaire même si elle demeure élevée (+60 %, ceci étant à comparer au +45 % relevé en région). Chez les femmes, toujours en comparaison de la France, la surmortalité observée dans le Bassin, dans la zone complémentaire et en région est plus proche (variant entre +25 %, pour la région, à +35 %).

En trente ans, la baisse de la mortalité féminine a été moins marquée qu'en France...

Entre 1979-1985 et 2009-2015, les taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire ont diminué de 50 % chez les hommes sur le Bassin urbain à dynamiser et les zones de comparaison. Cette diminution est moins soutenue chez les femmes, et ce de manière encore plus notable pour le Bassin et pour la zone complémentaire : -30 % pour ces deux territoires, -38 % en région et -44 % en France.

... et, ces dernières années, les taux semblent se stabiliser, voire augmenter légèrement, chez les moins de 65 ans

Une tendance différente est relevée pour la mortalité prématurée. En 30 ans, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a été divisé par un peu plus de quatre chez les hommes de moins de 65 ans domiciliés dans

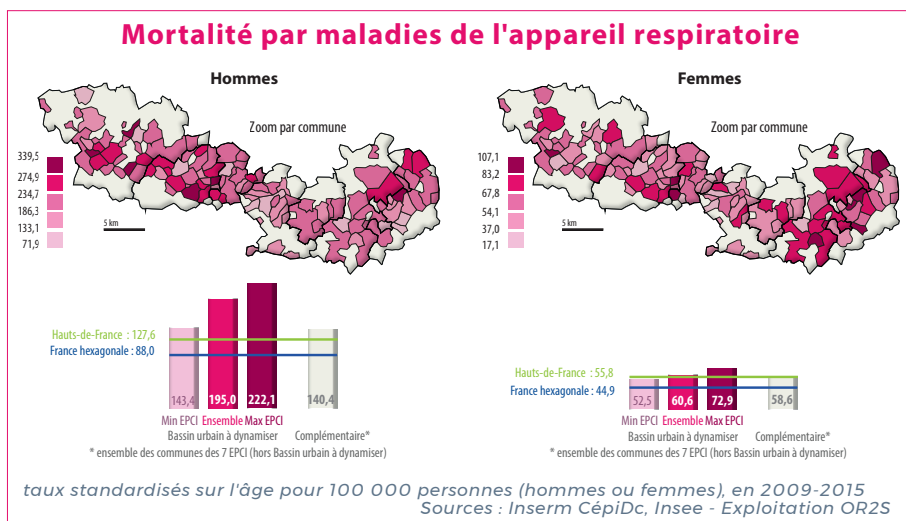


le Bassin et par un peu plus de deux en France. Ceci a eu pour conséquence une réduction du différentiel de mortalité entre les deux zones (passant de +400 % à +170 %). Depuis le début des années deux mille, les écarts tendent à s'accroître à nouveau, et ce aussi bien chez les hommes de moins de 65 ans que chez leur homologue féminin.

Une mortalité masculine plus marquée à l'est du Bassin chez les moins de 65 ans et à l'Ouest pour les 65 ans et plus

Chez les hommes de moins de 65 ans, les taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire sont particulièrement élevés dans la zone est du Bassin : différentiel avec la France de l'ordre de +250 % en 2009-2015 pour les zones appartenant à la CA Valenciennes Métropole et à la CA de la Porte du Hainaut (soit des taux de l'ordre de 27 pour 100 000 contre 7,7 en France et 13,3 en région ; il varie entre moins de 15 à plus de 22 pour les cinq autres zones). Les communes du Bassin appartenant à ces deux EPCI présentent également une mortalité féminine (tous âges) un peu plus élevée que celle relevée sur le reste du Bassin : différentiel avec la France de l'ordre de +50/+60 % pour ces deux EPCI, et de 17 % à 30 % pour les cinq autres.

Pour les hommes de 65 ans et plus, ce sont les territoires de l'ouest du Bassin qui ont les taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire les plus élevés. Ainsi, le différentiel de mortalité au regard de la France pour ce sous-groupe de population est de l'ordre de +135 %/+150 % pour les trois CA situées le plus à l'Ouest (CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane, de Lens - Liévin et d'Hénin-Carvin) et de +100 %/+110 % pour les autres zones (hormis la CA du Douaisis ou le différentiel est de +60 % ; en région; il est de +43 %).



BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

Dans la région la mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est plus importante qu'en France chez les hommes et ne s'en démarque plus chez les femmes. Pour chacun des deux genres, les taux de personnes prises en charge en ALD sont plus élevés qu'en France.

Une mortalité par BPCO plus élevée qu'au niveau national chez les hommes...

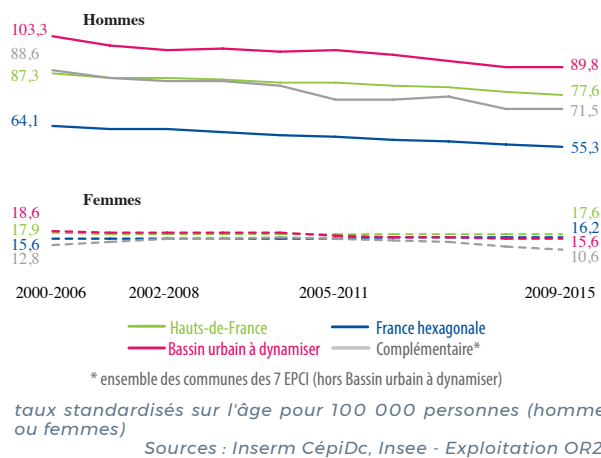
Sur la période 2009-2015, le Bassin urbain à dynamiser présente une surmortalité par BPCO de 33 % au regard de la France, avec en moyenne 363 décès par an (273 hommes et 90 femmes). Ce constat est la résultante de la mortalité masculine. En effet, pour les femmes le taux relevé dans le Bassin urbain à dynamiser est très proche de celui de la France et pour la partie complémentaire une sous-mortalité est observée (de l'ordre de -35 % ; pour l'ensemble de la région une légère surmortalité est relevée, +8 %). Chez les hommes, toujours en comparaison avec le niveau national, une surmortalité est par contre observée dans la zone complémentaire du bassin (+30 %) qui est cependant un peu moins marquée que celle du Bassin (+62 %) et celle de la région (+40 %).

... avec un différentiel avec la France qui reste constant depuis le début des années deux mille

La mortalité par BPCO a évolué différemment chez les hommes et chez les femmes. Ainsi, que ce soit en France, en région, pour le Bassin urbain à dynamiser et la zone complémentaire une diminution du taux standardisé est relevée entre les périodes 2000-2006 et 2009-2015. Cette diminution a été assez proche pour le Bassin et la France (de l'ordre de -13 % entre les deux périodes) et un peu plus soutenue dans la zone complémentaire (près de -20 %).

Chez les femmes, les taux de mortalité par BPCO sont restés relativement stables en France et pour l'ensemble des Hauts-de-France alors qu'ils ont diminué sur le Bassin urbain à dynamiser et sur la zone complémentaire. Ainsi, au début de la période d'analyse la situation de ces deux zones au regard de la France était de nature différente : une surmortalité était relevée dans le Bassin (+20 %) alors que le taux de la zone complémentaire ne se démarquait pas de celui de la France (comme mentionné ci-dessus, le taux de mortalité féminin par BPCO ne diffère plus de celui de la France dans le Bassin et il est plus faible dans la zone complémentaire).

Évolution de la mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive

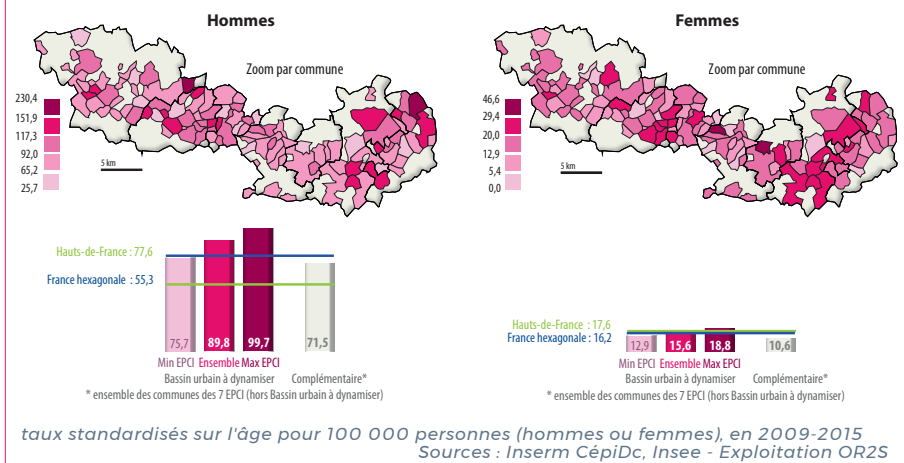


Au sein du Bassin urbain à dynamiser les mêmes tendances sont retrouvées, la seule spécificité concerne la mortalité féminine pour l'ensemble des communes du Bassin appartenant à la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane, où le taux est plus faible qu'en France (sous-mortalité de l'ordre de -20 % en 2009-2015). Pour les six autres zones, toujours chez les femmes, les taux ne se démarquent pas du niveau national. Chez les hommes, la surmortalité par BPCO varie entre environ +40 %, pour la CC Cœur d'Ostrevent et la CA du Douaisis, et +80 % pour la CA de Lens - Liévin.

Des taux de personnes en ALD plus élevés qu'en France, mais avec un constat un peu différent pour les admissions

Concernant les admissions en ALD pour BPCO, le Bassin urbain à dynamiser a un taux plus élevé que celui de la France pour les hommes (+17 %, avec 162 admissions en moyenne annuelle en 2008-2014) et il est moindre chez les femmes (-20 %, 66 admissions). Pour la zone complémentaire, ce taux est nettement plus faible que celui de la France chez les femmes (près de -50 %) et ne se distingue pas chez les hommes. Les territoires les plus à l'Est ont cependant des taux masculins d'admission plus élevés qu'en France (+37 % au niveau de la CA Valenciennes Métropole et +47 % pour la CA de la Porte du Hainaut). Ces deux territoires présentent les taux de mortalité masculine les plus élevés après la CA de Lens - Liévin. Concernant l'ensemble des personnes en ALD pour BPCO au 31 décembre 2016, tant pour les hommes que pour les femmes, les taux sont plus élevés que celui de la France pour presque tous les EPCI du Bassin (seule la CC Cœur d'Ostrevent ne se démarque pas).

Mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive



MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

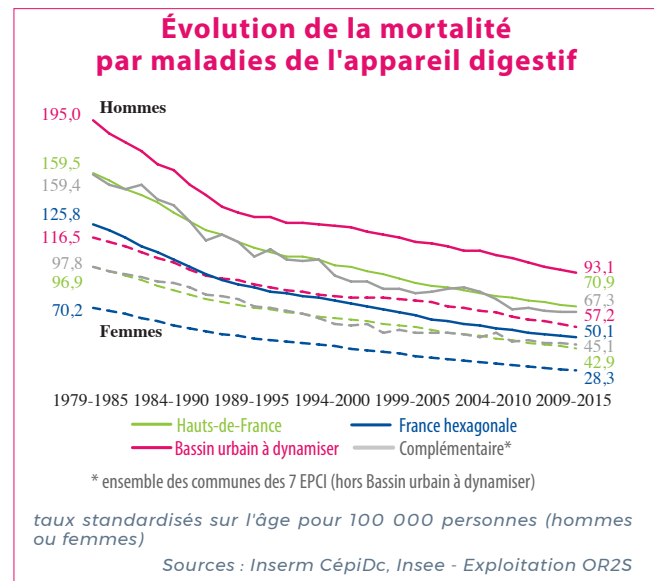
La mortalité par maladies de l'appareil digestif est très marquée dans le Bassin urbain à dynamiser, avec un écart par rapport à la France tout particulièrement marqué chez les moins de 65 ans et avec un différentiel qui a tendance de plus à s'accroître avec le niveau national.

Le double des taux français tous âges...

Sur la période 2009-2015, en moyenne annuelle, ce sont près de 660 habitants domiciliés dans le Bassin urbain à dynamiser qui sont décédés pour une maladie de l'appareil digestif (343 hommes et 314 femmes). La surmortalité est très importante avec un taux de mortalité double de celui de la France hexagonale chez les femmes ; elle est de +86 % chez les hommes. Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, le taux de mortalité féminin relevé sur le Bassin est supérieur à celui des hommes en France hexagonale. En comparaison, la surmortalité observée sur la partie complémentaire apparaît moindre même si elle est également élevée, voisine de celle observée régionalement, tant chez les hommes (+34 %) que chez les femmes (+60 %). Au niveau des EPCI, dans la partie du Bassin urbain à dynamiser, tous les taux sont d'au moins 65 % plus élevés que la moyenne nationale. La CA de Lens - Liévin se démarque avec des taux quel que soit le genre supérieur de +120 % à ceux observés dans l'Hexagone.

...et même le triple chez les moins de 65 ans...

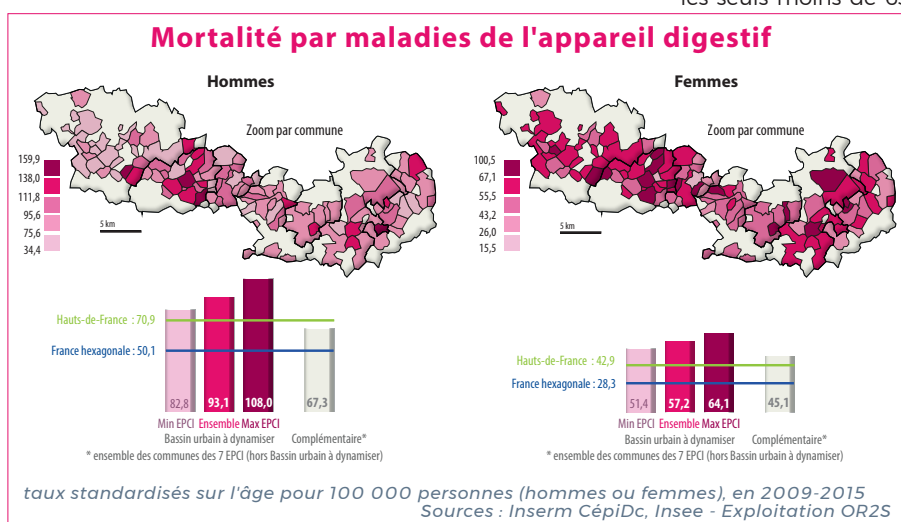
Les importants différentiels retrouvés tous âges sont pourtant encore amplifiés chez les seuls moins de 65 ans. Ainsi, les 186 décès masculins et les 93 décès féminins recensés en moyenne annuelle sur la période 2009-2015 dans le Bassin urbain à dynamiser engendrent des taux au regard du niveau national, près de trois fois supérieurs chez les hommes et même plus de trois fois chez les femmes. Là également, les taux sont très élevés dans la partie complémentaire même s'ils demeurent bien inférieurs à ceux du Bassin : +36 % chez les hommes et +113 % chez les femmes. À l'intérieur du Bassin, les taux de la CA de la Porte du Hainaut et de la CC Cœur d'Ostrevent sont à mentionner : de l'ordre de 28 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans contre 6 au niveau national. La CA de Lens - Liévin où les taux sont multipliés par plus d'un facteur 3 par rapport à ceux équivalents du niveau national, chez les hommes comme chez les femmes fait également partie des zones caractérisées par une forte mortalité prématurée.



... malgré une nette diminution en trente ans

Comme le soulignent les courbes ci-dessus, la diminution de la mortalité par maladies de l'appareil digestif tous âges est régulière au cours des trente dernières années, quels que soient le genre et l'unité géographique. Toutefois, l'évolution entre le début des années quatre-vingt et la période 2009-2015 est plus favorable chez les hommes comme chez les femmes côté France hexagonale (de l'ordre de -60 %) que côté Bassin urbain à dynamiser (-50 %). Cela se traduit par un différentiel entre les deux unités géographiques qui a tendance à se creuser. Ainsi, de +50 % chez les hommes au début des années quatre-vingt au détriment du Bassin urbain à dynamiser, l'écart atteint désormais les +85 % ; chez les femmes, ce différentiel est passé respectivement de 65 % à plus du double. L'écart s'est aussi accru pour la partie complémentaire au Bassin mais à un niveau bien moindre comme l'attestent les valeurs du paragraphe précédent. Ce constat défavorable dans le Bassin est encore amplifié en ne prenant en compte que les seuls moins de 65 ans. Ainsi, le surplus de mortalité prématurée entre le Bassin et le niveau national est passé chez les hommes du début des années quatre-vingt de +120 % à +180 % en 2009-2015. La situation s'est aussi dégradée de façon parallèle chez les femmes mais avec des valeurs encore plus marquée : respectivement de +170 % à +260 %.

Chez les seuls moins de 65 ans, la situation, même si elle reste défavorable, s'améliore avec un écart divisé par deux chez les hommes domiciliés dans la partie complémentaire. Cette amélioration n'est toutefois pas retrouvée pour les femmes.



MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

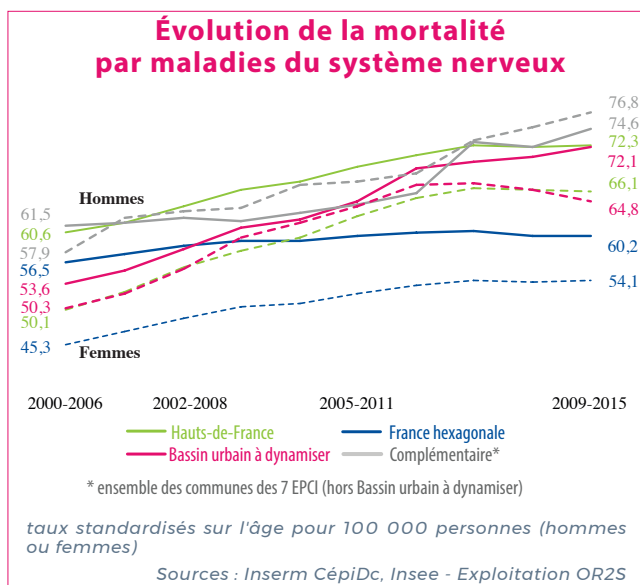
La mortalité par maladies du système nerveux est un peu plus importante dans le Bassin que celle relevée en France. Cela est notamment le fait d'une augmentation bien plus importante au regard du niveau national.

Une surmortalité tant chez les hommes que chez les femmes...

En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 581 décès de personnes domiciliées dans le Bassin urbain à dynamiser ont pour cause une des maladies du système nerveux. Les hommes sont moins nombreux que les femmes à en décéder (respectivement 209 et 372) mais ils le sont plus chez les seuls moins de 65 ans (48 contre 31). Ces décès surviennent donc essentiellement chez des personnes d'au moins 65 ans dans un rapport allant du simple au double suivant le genre : 161 hommes et 341 femmes. Toutefois, en termes de taux, le constat est inversé les hommes présentant un taux de mortalité un peu plus important que celui des femmes : 72,1 pour 100 000 hommes contre 64,8 pour 100 000 femmes dans le Bassin. Le différentiel avec le niveau national est néanmoins le même : +20 % pour chacun des genres. Par ailleurs, les taux sont plus élevés dans la partie complémentaire que dans le Bassin, tout particulièrement chez les femmes (+42 % au regard de l'ensemble du pays). Chez les 65 ans et plus, les taux masculins et féminins sont assez proches malgré les différences importantes en termes d'effectifs avec un écart au regard du niveau national de l'ordre de 16 % pour chacun des genres. La mortalité est plus élevée pour les 65 ans et plus dans la partie complémentaire, avec un différentiel du même ordre que celui tous âges.

...avec une augmentation plus importante au regard du niveau national

Comme le font apparaître les courbes ci-dessus, une augmentation régulière est relevée quels que soient le genre et le niveau géographique. Toutefois, celles-ci prennent des valeurs assez différentes d'un territoire à un autre. Ainsi, depuis le début du XXI^e siècle, l'augmentation sur le Bassin urbain à dynamiser est bien supérieure à celle observée nationalement. Ainsi, chez les hommes, alors qu'elle était d'un peu moins de 7 % entre 2000-2006 et 2009-2015, elle était de 35 % dans le Bassin. Le constat est similaire chez les femmes même si les valeurs sont plus proches, respectivement 19 % et 29 %. L'évolution côté partie complémentaire est de même ordre que celle du Bassin, tant chez les hommes que chez les femmes.

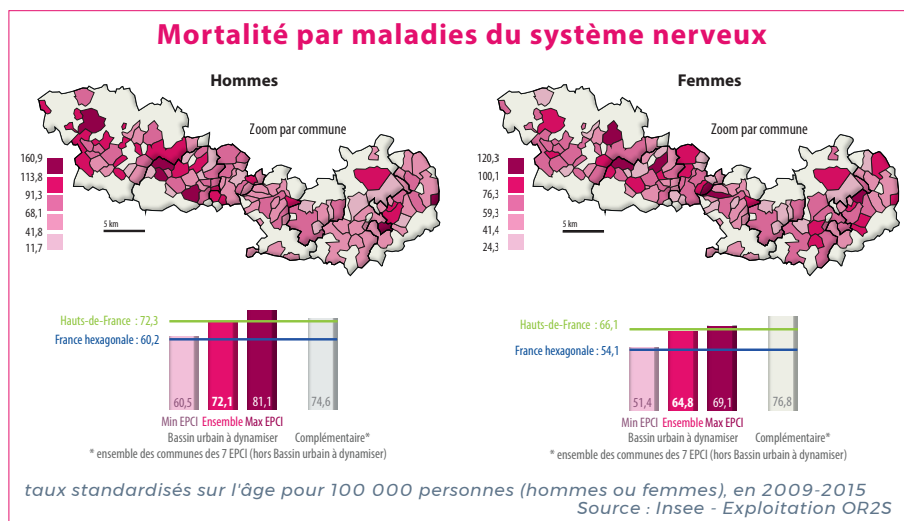


Maladies du système nerveux

Les maladies du système nerveux comprennent la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer, l'épilepsie, la tumeur cérébrale, l'accident vasculaire cérébral, la pathologie neuromusculaire.

Pour la mortalité, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson représentent sept décès sur dix des maladies du système nerveux dans l'ensemble des Hauts-de-France. Elle ne fait que croître.

Dans la CA de Lens - Liévin, dans la partie complémentaire au Bassin, la mortalité est particulièrement élevée. Cela est dû à la présence de trois établissements avec chacun une unité Alzheimer situés à Aix-Noulette (80 lits dont 40 en unité Alzheimer), Bouvigny-Boyeffles (87 lits dont 31 en unité Alzheimer) et Vimy (80 lits dont 20 lits en unité Alzheimer et 14 lits en Pasa (pôle d'activité et soins adaptés).



SUICIDE

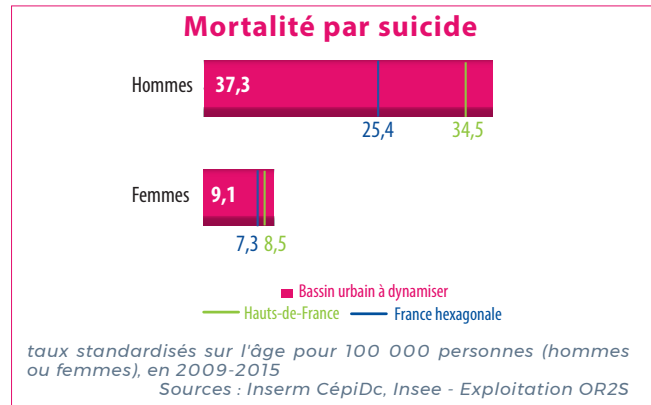
Les suicides constituent la première cause de décès parmi les causes externes. Les hommes sont davantage concernés, ce qui a tendance à s'amplifier par une baisse de mortalité plus importante chez les femmes.

Un taux de suicide masculin important

Dans le Bassin urbain à dynamiser, 160 hommes et 48 femmes se sont suicidés en moyenne par an sur la période 2009-2015, soit des taux standardisés de mortalité supérieurs de 47 % et de 24 % au regard du niveau national. Par comparaison, cette surmortalité n'est retrouvée dans la partie complémentaire que chez les hommes avec un écart deux fois moindre (23 %). Chez les moins de 65 ans, ce sont 123 hommes et 32 femmes qui se sont suicidés en moyenne annuelle sur la période 2009-2015. Cela représente des taux de suicide supérieurs à ceux correspondant du niveau national, respectivement de + 50 % et de +18 %. Comme tous âges pour la partie complémentaire au Bassin, une surmortalité par suicide est retrouvée seulement chez les hommes : + 20 %.

Une baisse de mortalité par suicide plus faible quel que soit le genre

Quel que soit le niveau géographique d'analyse, les femmes et les hommes ont vu leur taux de suicide baisser au cours de ces trente dernières années. Toutefois, la baisse du taux féminin a été plus importante que le taux masculin. Ainsi depuis le début des années quatre-vingt et la période 2009-2015, la baisse sur le Bassin urbain à dynamiser a été de 37 % chez les premières et de 30 % chez les seconds. De plus, ces diminutions sont moins importantes que sur les zones de comparaison, que ce soit pour la France hexagonale (-43 % chez les femmes et -37 % chez les hommes), les Hauts-de-France (respectivement -47 % et -37 %) et la partie complémentaire (respectivement -56 % et -46 %). Cette évolution globale masque des différences au cours du temps. Chez les hommes, quelle que soit la période, la surmortalité est toujours retrouvée avec le niveau national, mais le différentiel a augmenté : sous les 40 % dans les années quatre-vingt, il est plutôt proche des 50 % désormais. Chez les femmes, il augmente régulièrement ces dernières années avec des valeurs de l'ordre de celle observée au niveau national au cours des années quatre-vingt-dix. Dans la partie complémentaire au Bassin, depuis de très nombreuses années, le taux est supérieur à celui du niveau national chez les hommes bien que moitié moindre que dans le Bassin ; chez les femmes, il n'est pas différent du niveau national.

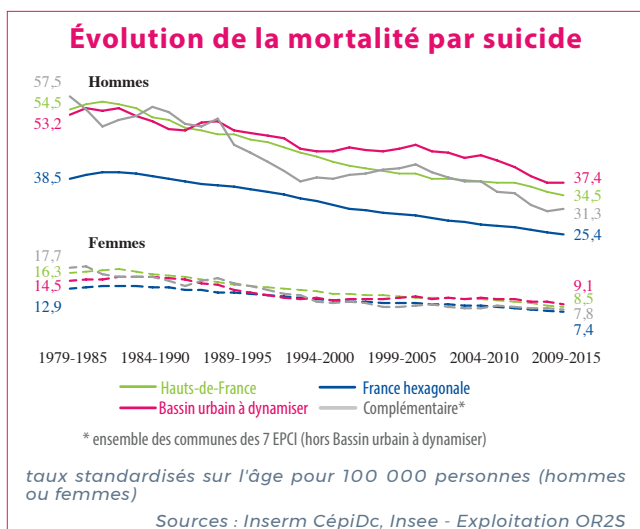


Un fort taux de suicide dans les EPCI de l'Ouest, notamment dans la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane

Pour la partie des EPCI appartenant au Bassin, seul celle de la CC Cœur d'Ostrevent ne présente pas de différence avec le niveau national chez les hommes. Les écarts pour les autres parties avec le niveau national varie du simple (+30 % dans la CA du Douaisis) au triple (+90 % dans la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane). C'est exactement le même constat qui est porté chez les seuls hommes de moins de 65 ans avec des écarts identiques.

Chez les femmes, seuls deux EPCI présentent une surmortalité : les CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane et de Lens - Liévin, avec toutes les deux des écarts de plus de 40 % avec le niveau national. Toutefois, cette surmortalité n'est pas retrouvée chez les femmes de moins de 65 ans.

Pour la partie complémentaire, seule la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane chez les hommes présente un taux supérieur à celui du niveau national. L'écart franchit les 40 % et est globalement du même ordre chez les seuls hommes de moins de 65 ans. Une surmortalité au regard du niveau national est aussi retrouvée dans cette même partie du territoire chez les femmes tous âges mais pas chez les seules moins de 65 ans.



La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de la cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de suicide. En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. Par ailleurs, en cas de mort "suspecte", une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical sur lequel doit figurer la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm, les décès concernés étant considérés en cause inconnue.

ACCIDENTS

La mortalité par accidents de la circulation est inférieure à la moyenne nationale, tant chez les hommes que chez les femmes. À l'inverse, les chutes accidentelles chez les 65 ans et plus, plus spécifiquement chez les femmes, engendrent une mortalité supérieure à celle de la France hexagonale.

Un taux de mortalité par accidents de la circulation inférieur de l'ordre de 30 % à celui du niveau national

En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 39 décès liés à des accidents de circulation sont survenus pour des habitants domiciliés dans le Bassin urbain à dynamiser ; ils concernent davantage les hommes (30 décès). Ainsi, le taux de mortalité de 6,1 pour 100 000 hommes est inférieur à celui du niveau national (8,3, soit une sous-mortalité de 27 %). Chez les femmes aussi, une sous-mortalité au regard du niveau national est retrouvée (-30 %) avec un taux de 1,7 pour 100 000 femmes contre 2,4 en France hexagonale. En revanche, pour la partie complémentaire, aucun taux de mortalité n'est différent au regard de la France hexagonale. À l'échelon plus fin des EPCI, aucune surmortalité n'est retrouvée, tant côté Bassin urbain à dynamiser que dans la partie complémentaire : sous-mortalité (parfois) ou sans différence avec le niveau national (le plus souvent).

Une diminution régulière, identique à celle des autres unités géographiques

Entre le début des années quatre-vingt et 2009-2015, la mortalité par accidents de circulation baisse de façon similaire selon les unités géographiques analysées. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, tant au sein du Bassin urbain à dynamiser ou sur la partie complémentaire mais aussi aux niveaux régional et national, la baisse est toujours supérieure à 70 %, voire approche les 80 % chez les femmes. À noter que l'écart avec le niveau national entre les taux a toujours été supérieur à 10 % chez les femmes et 20 % chez les hommes en faveur du Bassin urbain à dynamiser par rapport à l'ensemble du pays.

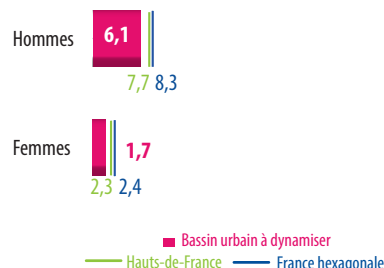
Quatre décès sur cinq avant 65 ans

En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 31 des décès (dont 25 masculins) sur les 39 dénombrés dans le Bassin urbain à dynamiser se sont produits avant 65 ans. Quel que soit le genre, le taux de mortalité avant 65 ans dans le Bassin est inférieur au taux correspondant du niveau national : 5,8 contre 8,0 pour 100 000 hommes de moins de 65 ans (-27 %) et 1,4 contre 2,0 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans (-31 %). Pour la partie complémentaire, comme tous âges et quel que soit le genre, aucun taux de mortalité chez les moins de 65 ans n'est différent de celui équivalent en France hexagonale.

Une surmortalité par chutes accidentelles des femmes âgées de 65 ans et plus

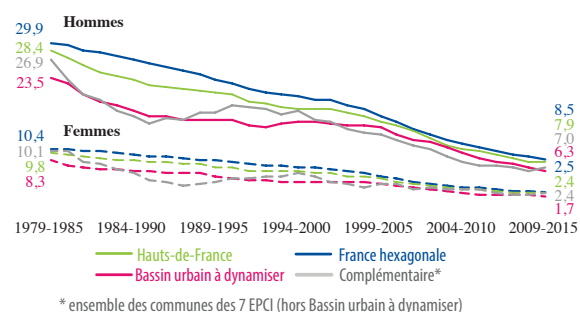
En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 136 décès de personnes de 65 ans et plus (90 femmes et 46 hommes) par chutes accidentelles ont été dénombrés dans le Bassin. Si le taux féminin affiche une surmortalité de 19 % par rapport au niveau national (taux de 85,4 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus contre 71,5), le taux masculin est équivalent à celui de la France hexagonale (respectivement 108,1 pour 100 000 hommes de 65 ans et plus contre 95,2). Dans la partie complémentaire également, seul le taux féminin est supérieur au taux national : 91,7 pour 100 000 femmes de 65 ans

Mortalité par accidents de la circulation



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes), en 2009-2015
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

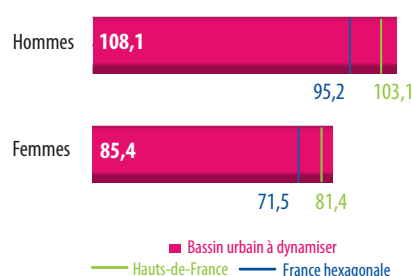
Évolution de la mortalité par accidents de circulation



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

et plus.. À un niveau plus fin, une surmortalité n'est retrouvée que chez les femmes domiciliées dans la CA de Valenciennes Métropole pour la partie appartenant au Bassin urbain à dynamiser et, pour la partie complémentaire, celles appartenant à la CA de Lens - Liévin. Entre 2000-2006 et 2009-2015, le taux de mortalité par chutes accidentelles de personnes de 65 ans et plus a diminué. La baisse est plus sensible chez les femmes (-21 % chez les femmes du Bassin urbain à dynamiser contre -18 % pour leurs homologues masculins).. Cette baisse est respectivement de 27 % et 16 % au niveau national, de 24 % et 13 % dans l'ensemble des Hauts-de-France et de 17 % et de 3 % dans la partie complémentaire.

Mortalité par chutes accidentelles



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes de 65 ans et plus (hommes ou femmes), en 2009-2015
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

MORTALITÉS ÉVITABLES

Les mortalités évitables liées à la prévention et liées au système de soins diminuent, pour chacun des genres, suivant un rythme différent au sein des EPCI du Bassin urbain à dynamiser, d'une part, et dans la zone complémentaire, d'autre part. Pour les deux types de mortalités évitables, les hommes présentent des surmortalités au regard de la France plus élevées que celles des femmes.

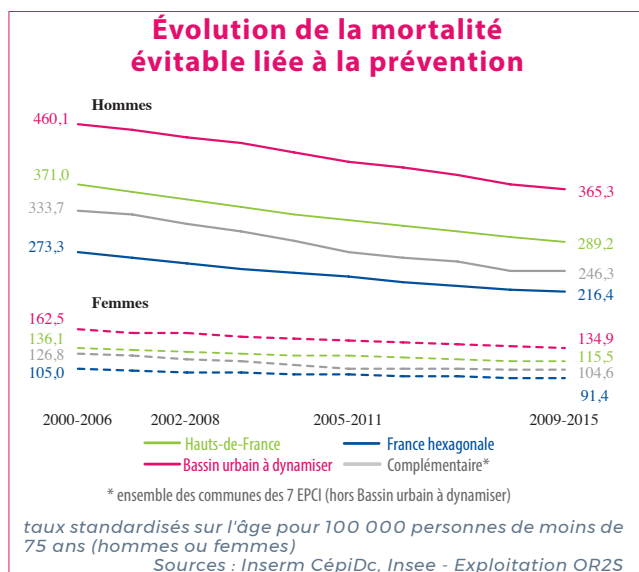
Une diminution de la mortalité pour chacun des genres et une surmortalité avec la France qui reste stable chez les hommes

En 2009-2015, au sein du Bassin urbain à dynamiser, le nombre annuel moyen de décès pouvant être évités chez les personnes de moins de 75 ans par une action préventive s'élève à 2 038 (1 429 hommes et 609 femmes). En découle un taux de mortalité de 241 décès pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, soit une surmortalité de 60 % au regard de la France. La région et, plus localement, la zone complémentaire au Bassin présentent également une surmortalité en comparaison avec le niveau national, celle-ci y est cependant moins marquée (respectivement de l'ordre de 30 % et de 15 %).

Comme l'illustrent les graphiques de cette page, les hommes sont davantage concernés que les femmes. Les disparités au regard de la France sont globalement retrouvées pour chacun des deux genres, mais avec des différentiels encore plus marqués chez les hommes : le taux masculin est supérieur à celui de la France de près de 70 % dans le Bassin (près de 35 % en région) et celui des femmes de près de 50 % (un peu plus de +25 % en région). La zone complémentaire au Bassin se distingue cependant avec un différentiel qui est identique chez les hommes et chez les femmes (+15 % au regard des taux français).

En matière d'évolution sur les quinze dernières années, le taux de mortalité diminue dans le Bassin au même rythme que celui de la France et de la région (de près de -20 % entre 2000-2006 et 2009-2015). Pour la zone complémentaire au Bassin, la baisse a été un peu plus soutenue (-23 %), permettant une réduction du surplus de mortalité en regard de la France (il est passé de +22 % au début de la période analysée à +15 % pour la dernière période).

Pour les femmes, la baisse a été un peu plus soutenue dans le Bassin que celle relevée en France, permettant une diminution du surplus de mortalité avec la France de 7 points par rapport au début des années deux mille.

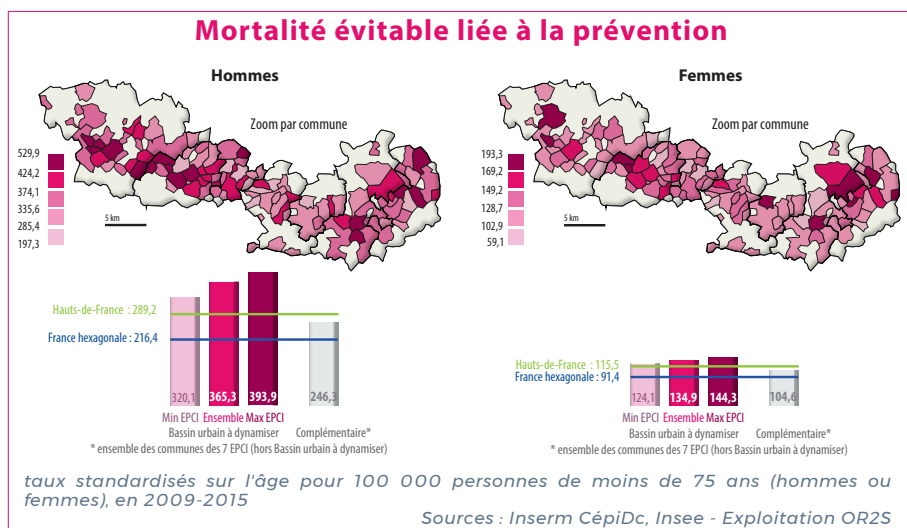


Une diminution de la mortalité disparate suivant les territoires

Localement, les taux standardisés de mortalité évitable liée à la prévention sont plus élevés que ceux de la France pour les sept fractions correspondant au croisement du Bassin avec les EPCI, et ce tant pour les hommes que pour les femmes. C'est la CA de Lens - Liévin qui présentent les taux les plus importants (différentiel avec la France de +72 % en tous genres pour la période 2009-2015, de +82 % chez les hommes et de +58 % chez les femmes). À l'inverse, les taux les plus faibles sont relevés sur la CA du Douaisis, la CC Cœur d'Ostrevent et la CA d'hénin-Carvin, même s'ils restent nettement supérieurs à celui de la France (respectivement +42 %, +44 % et +50 %). Ces trois EPCI ont connu une diminution particulièrement marquée du taux de mortalité évitable liée à la prévention en quinze ans. Un autre territoire, la CA de la Porte du Hainaut, a également

vu son taux diminuer de manière relativement soutenue au regard de ce qui est relevé en France. Si ceci a permis une réduction des écarts entre les deux niveaux géographiques de 10 points entre les périodes 2000-2006 et 2009-2015, le surplus de mortalité au regard de la France dans la CA est encore très important sur la dernière période d'analyse (+63 %).

Pour deux autres territoires, la diminution de la mortalité a été moins soutenue qu'en France, voyant de fait le différentiel de mortalité avec le niveau national s'accroître au cours du temps. Il s'agit de la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane et de la CA Valenciennes Métropole, qui présentent en 2009-2015 une surmortalité en regard de la France qui est respectivement de +59 % et +66 %.



BASSIN URBAIN À DYNAMISER

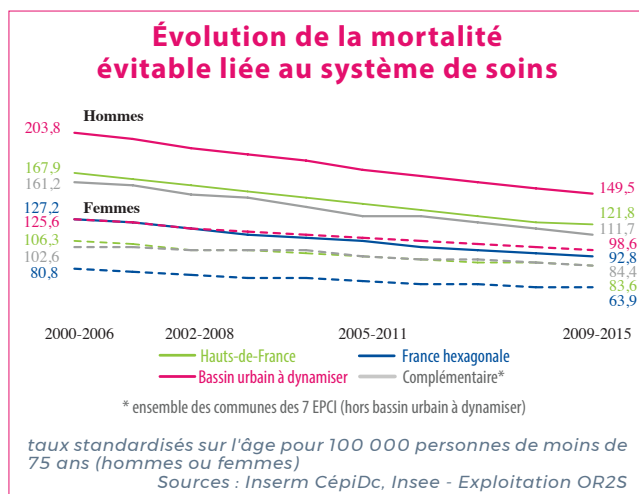
Des taux de mortalité qui diminuent au même rythme qu'en France impliquant un niveau de surmortalité stable

Pour la période 2009-2015, au niveau du Bassin urbain à dynamiser, le nombre de décès évitables liés au système de soins chez les moins de 75 ans s'élève en moyenne par an à 1 016 décès (569 hommes et 447 femmes). Tous genres confondus, le taux standardisé de mortalité enregistré pour le Bassin est de 121,5 décès pour 100 000 habitants de moins de 75 ans pour une surmortalité de 57 % au regard de la France. Si les taux de mortalité sont également plus élevés dans les Hauts-de-France et dans la partie complémentaire que celui de la France, la surmortalité y est un peu moins élevée que celle relevée dans le Bassin (respectivement +31 % et +25 %). Depuis le début des années deux mille, le taux de mortalité évitable liée au système de soins a diminué au même rythme dans le Bassin, en France, en région et dans la zone complémentaire : de l'ordre de -25 % entre 2000-2006 et 2009-2015.

Une surmortalité au regard de la France plus marquée chez les hommes dans le Bassin et chez les femmes hors Bassin

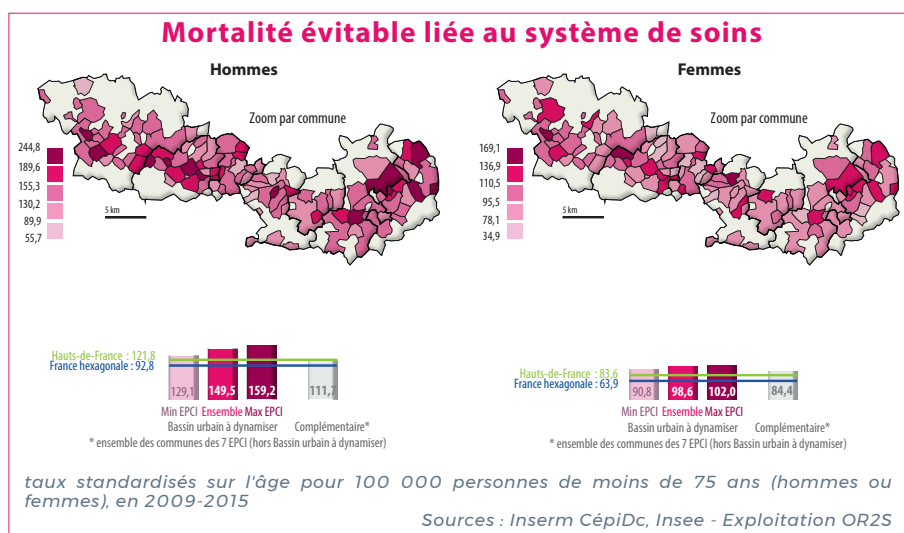
Les taux standardisés de mortalité évitable liée au système de soins ont diminué aussi bien pour les hommes que pour les femmes de moins de 75 ans. Que ce soit dans le Bassin urbain à dynamiser, en France et en région, cette diminution a été un peu plus marquée chez les hommes, de l'ordre de -27 %, que chez les femmes, -21 %. Tout comme la mortalité évitable liée à la prévention, le différentiel de mortalité évitable liée au système de soins est plus important chez les hommes (+61 % en 2009-2015) que chez les femmes (+54 %). L'ensemble des autres communes des sept EPCI situé en dehors du Bassin présentent une surmortalité au regard de la France plus marquée pour les femmes (+32 %) que pour les hommes (+20 %). De plus, toujours pour ce territoire, la diminution de la mortalité masculine a été un peu plus soutenue que celles des trois autres niveaux de référence (-31 % entre 2000-2006 et 2009-2015) et, à l'inverse, un peu moins conséquente pour les femmes (-18 %).

Certaines causes de mortalité chez des personnes de moins de 75 ans peuvent être considérées comme "évitable". En l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant cet âge. La liste a été établie par le Haut Conseil de la santé publique, parallèlement à des travaux au sein de l'Europe, en classant les décès "évitable" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe recense les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action de prévention relative aux comportements à risques (consommation d'alcool, de tabac, conduite dangereuse...). Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (cadre curatif, actions de dépistage...). Certaines causes peuvent appartenir aux deux groupes ce qui fait que les décès mentionnés ci-dessous ne peuvent être cumulés pour présenter une mortalité "évitable" globale.



Une surmortalité relevée au sein du Bassin plus ou moins marquée selon les territoires et le genre

À l'instar de ce qui est observé pour la mortalité évitable liée à la prévention, tant pour les hommes que pour les femmes, les taux relevés pour celle liée au système de soins sont plus élevés que ceux de la France pour les sept EPCI du Bassin. Les taux les plus importants sont là encore observés sur la CA de Lens - Liévin, la CA Valenciennes Métropole et la CA de la Porte du Hainaut, avec un surplus de mortalité au regard de la France de près de +65 %. L'amplitude de la surmortalité au regard du niveau national est plus importante pour les hommes que pour les femmes : elle atteint les +70 % pour les trois territoires précédemment mentionnés chez les hommes et est *à minima* de +39 % pour la CA du Douaisis ; pour les femmes, elle varie entre +42 % et +60 %. Les taux de mortalité sont en baisse, pour chacun des deux genres, dans toutes les parties des EPCI appartenant au Bassin urbain à dynamiser. Cette baisse est plus marquée pour les femmes de la CA de la Porte du Hainaut (-36 % entre 2000-2006 et 2009-2015) et moins importante pour celles de la CA de Béthune-Bruay et de la CA de Lens - Liévin (-14 % dans les deux cas). Chez les hommes, les baisses les plus marquées sont relevées dans la CA du Douaisis et la CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane (de l'ordre de -30 %) et, à l'inverse, elle a été un peu moins marquée dans la CC Cœur d'Ostrevant (près de -20 %).



CETTE PARTIE REPREND LES THÈMES DES TROIS CHAPITRES PRÉCÉDENTS TRAITÉS DE FAÇON TRANSVERSALE. ELLE PERMET DE RENDRE COMPTE QUE LE GRADIENT SOCIAL N'EST PAS LE SEUL FACTEUR QUI INTERFÈRE SUR LES CARACTÉRISTIQUES SANITAIRES DE LA POPULATION ANALYSÉE.



SYNTHÈSE

Par arrêté du 14 février 2018, le Bassin urbain à dynamiser est composé de cent cinquante communes distribuées pour une moitié sur le département du Nord et, pour l'autre moitié, sur celui du Pas-de-Calais. Ces communes se répartissent sur sept établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), mais toutes les communes de ces EPCI n'appartiennent pas au Bassin. Ainsi, la répartition entre population domiciliée dans les communes hors bassin (193 000 habitants estimés au 1^{er} janvier 2019) et celle des communes du Bassin (1,025 million d'habitants, soit le sixième de la population régionale) se fait dans un rapport de 1 à 5 au sein des sept EPCI. Ce rapport a tendance à se réduire puisqu'en quarante ans (entre 1975 et 2015), le nombre d'habitants du Bassin urbain à dynamiser s'est réduit de plus de 8 % alors que la population sur la partie dite complémentaire s'est accrue d'un quart. Cela s'inscrit dans un contexte d'augmentation de la population aux niveaux régional et national. De plus, la répartition par grands groupes d'âge au sein du Bassin se trouve profondément modifiée au cours de cette période. Ainsi, le nombre de seniors a été multiplié par un facteur 2,5 au cours des quarante dernières années, globalement du même ordre qu'au niveau national, mais de façon plus importante que pour le reste de



la région. À l'inverse, les jeunes sont de moins en moins nombreux : la population des moins de 25 ans ayant diminué de plus de 30 % entre 1975 et 2015. La baisse de cette population de jeunes, si elle existe également, est moindre, de l'ordre de 10 %, tant au niveau national qu'au niveau de la partie complémentaire. Pour autant, la comparaison entre les pyramides des âges permet de constater que la population du Bassin demeure jeune au regard de la moyenne nationale avec, au RP 2015, la part de la population de moins de quarante ans plus importante dans cette partie des Hauts-de-France.

Ces évolutions démographiques engendrent un fort indice de vieillissement qui, bien qu'inférieur à l'indice national, a plus que doublé depuis 1975. Le rapport de dépendance au sein du Bassin urbain à dynamiser est, par contre, de même valeur qu'à l'échelon national.

Avec 14 200 naissances en moyenne annuelle sur la période 2011-2017, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) du Bassin urbain à dynamiser, bien que diminuant, demeure conséquent : 2,17 enfants par femme, soit au-dessus du seuil de remplacement. Il est supérieur à ceux de la région, du pays et de la partie complémentaire au Bassin (respectivement 2,03, 1,94 et 1,93). Cette fécondité importante au regard de ces trois niveaux géographiques n'est pas nouvelle. En effet, au cours des quelque quarante dernières années, l'ICF a toujours été supérieur d'au moins 10 % à la valeur nationale. Cette fécondité se matérialise notamment par des taux de fécondité importants chez les femmes âgées de moins de trente ans. De façon corrélée, même s'il est en diminution régulière, le nombre de naissances chez des mères de moins de 20 ans demeure élevé : 20 naissances pour 1 000 femmes appartenant à ce groupe d'âge, soit 2,5 fois la valeur nationale.

Le Bassin urbain à dynamiser cumule les fragilités sociales. Le taux de chômage est plus important qu'aux niveaux national et régional, concernant plus d'un actif sur cinq. Il est en constante augmentation et touche particulièrement les jeunes : près de 45 % des 15-24 ans sont concernés, soit quinze points de plus qu'au niveau national. Allant dans le même sens, le taux d'inactifs des 25-54 ans est sensiblement supérieur à ceux observés dans la région et en France hexagonale : un sixième d'entre eux est inactif contre moins d'un dixième au niveau national. Cette valeur est le double de celle retrouvée sur la partie complémentaire au Bassin.

UN SIXIÈME DE LA POPULATION RÉGIONALE APPARTIENT AU BASSIN URBAIN À DYNAMISER

Le niveau de diplôme de la population est globalement plus faible localement qu'en France. Ainsi, 18 % des jeunes âgés de 25-34 ans non scolarisés sont peu ou pas diplômés, soit quatre points de plus

qu'à l'échelon national. Comme pour les inactifs, le taux de jeunes non scolarisés peu ou pas diplômés est moitié moindre que celui de la partie complémentaire.

Dans une communauté d'agglomération à caractère industriel, le tissu d'actifs est composé en grande partie d'ouvriers et d'employés, les premiers représentant 30 % des actifs de 15 ans et plus et les seconds 32 % au recensement de 2015. Pour bien comprendre le poids de ces deux groupes dans le Bassin, les pourcentages cumulés sont de 54 % dans les Hauts-de-France et de 48 % en France hexagonale. Dans la partie complémentaire, le pourcentage pour ces deux catégories socio-professionnelles est de l'ordre de celui du niveau national (47 %). Pour les cadres et professions intellectuelles supérieures, la part des au recensement de 2015 est moitié moindre dans le Bassin à la valeur nationale (9 % *versus* 18 %). Elle est également très faible au regard de la moyenne régionale (14 %) et de la partie complémentaire (15 %).

Autre indicateur qui souligne les difficultés de la population : le revenu annuel moyen par foyer fiscal. En 2016, plus de sept foyers fiscaux sur dix sont non imposés dans le Bassin urbain à dynamiser. Le pourcentage de ces foyers fiscaux est du même ordre au niveau national et dans la partie complémentaire au Bassin (de l'ordre de 55 %).

Le taux d'allocataires est important sur le Bassin au regard du niveau national, notamment pour le revenu de solidarité active (RSA), que celui-ci concerne l'ensemble des ménages ou les seules familles monoparentales ; il représente le double de la valeur nationale et va même au-delà au regard de la partie complémentaire. Autre allocation qui permet de mesurer la situation sociale du Bassin urbain à dynamiser : l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui tient compte de la fragilité financière au-delà de la dépendance sanitaire. Dans le Bassin, le taux d'AAH correspond au double de celui de la partie complémentaire.

UN POURCENTAGE DE 25-34 ANS PEU OU PAS DIPLÔMÉS IMPORTANT

Tous ces indicateurs traduisent un contexte social plutôt défavorable, tant au regard des valeurs régionales et surtout nationales que de celles de la partie complémentaire au Bassin. Ainsi, pour les caractéristiques sociales, l'ensemble des communes de cette partie des sept EPCI enregistre très souvent des indicateurs du niveau de ceux de l'Hexagone, et se trouve donc plutôt éloignée de la situation de l'ensemble des communes du Bassin. En termes de répartition de la population, les jeunes adultes sont toutefois peu nombreux sur cette partie des sept EPCI ce qui peut expliquer en partie certaines différences.

Outre les professionnels exerçant dans les établissements de santé publics et privés, le Bassin urbain à dynamiser a deux systèmes de santé : la médecine libérale, d'une part, et la médecine salariée liée aux soins dédiés aux mineurs et à leurs familles et étendu au médico-social par le groupe de santé Filiéris, d'autre part.

En ce qui concerne la médecine libérale, et d'une manière générale, les professionnels de santé libéraux présents dans le Bassin, les densités sont au mieux équivalentes à celles de la région, et le plus souvent inférieures aux densités nationales. Les médecins généralistes sont davantage présents dans les

BASSIN URBAIN À DYNAMISER

communes du Bassin que dans la partie complémentaire et totalement absents dans la vingtaine de communes les plus à l'est ou à l'ouest du Bassin. À l'inverse, le territoire comprenant les communautés d'agglomération de Valenciennes Métropole et du Douaisis présentent des densités de médecins généralistes libéraux supérieures à celles de la France.

La baisse d'une cinquantaine de médecins généralistes qu'ont connue les communes du Bassin entre 2015 et 2018, n'est pas compensée par l'arrivée d'une petite quarantaine de jeunes praticiens sur la même période (d'autant que certains se sont installés dans la partie complémentaire). En termes d'avenir, elle ne compense pas non plus le vieillissement des médecins généralistes puisque 57 % d'entre

eux ont 55 ans et plus. Ce pourcentage en augmentation de près de six points par rapport à 2015 est supérieur à celui du niveau national. Pour exemple, les communes du Bassin de la CC Cœur d'Ostrevent ne comptent qu'un seul médecin de moins de 35 ans pour 35 médecins de 55 ans et plus.

Les communes du Bassin concentrent la plus grande partie des médecins spécialistes de premier recours : 140 contre 15 pour la partie complémentaire au Bassin. Quelle que soit la spécialité, les densités de médecins spécialistes libéraux sont inférieures à celles du niveau national. Le déficit concerne les gynécologues, dont le différentiel de densité avec le niveau national est de près de quatre points, les ophtalmologistes (moins deux points environ), ou encore les psychiatriques dont la densité est quatre fois moindre à celle du niveau national. Ces faibles densités s'accompagnent aussi d'un vieillissement des praticiens, même s'il est plus atténué que celui enregistré pour le pays : plus de la moitié de ces praticiens des trois spécialités a 55 ans et plus.

Un déficit similaire est enregistré pour les autres professionnels de santé : infirmiers libéraux et chirurgiens-dentistes, avec dix points de densité en moins par rapport au niveau national. La densité des infirmiers libéraux est plus forte dans la partie complémentaire que dans le Bassin, à l'inverse de celle des chirurgiens-dentistes.

D'une manière générale, ces professionnels sont plus jeunes que la moyenne nationale, ce qui d'autant plus vrai pour les infirmier(ère)s situé(e)s à l'ouest du Bassin.

La densité des masseurs-kinésithérapeutes est *a contrario* supérieure aux moyennes régionale et nationale, mais avec une part des professionnels de 55 ans et plus un peu plus faible qu'au niveau national.



Dans le Bassin, la consommation de séjours en médecine et chirurgie est plus importante que celle observée au niveau national (+18 %) voire régional, répartie entre les vingt établissements de court séjour présents dans le territoire. Les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique sont réalisés en grande majorité par des patients des communes du Bassin mais aussi par ceux des communes de la partie complémentaire. Il y a peu de flux de patients à l'intérieur du territoire ; ils sont limités aux deux EPCI limitrophes du Bassin pour le premier recours, et à Lille pour les séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (10 %).

Près des deux tiers des naissances de mères domiciliées dans le Bassin urbain à dynamiser ont été enregistrées dans l'une des dix maternités du territoire. En dehors du Bassin, les maternités de Seclin ou d'Arras attirent 11 % des naissances.

L'offre en hébergement pour personnes âgées dépendantes est déficitaire dans le Bassin urbain à dynamiser. Le taux d'équipement est vingt points en retrait des niveaux régional et national, un peu moins pour la partie complémentaire au

UNE OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES CONTRASTÉE

Bassin. L'alternative se trouve dans les résidences autonomie, les Ssiad et avec des Clic bien implantés. Le nombre de places pour personnes présentant une maladie d'Alzheimer est contrasté : il est supérieur au

taux national de places en accueil de jour en Ehpad mais très inférieur à celui des pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa).

L'offre pour enfants et adultes en situation de handicap se trouve dans la moyenne nationale mais avec quelques disparités. Si le taux de places en instituts médico-éducatifs est significativement supérieur aux valeurs de référence régionale et nationale, le nombre de places en Sessad est, à l'exception du Douaisis, plus faible qu'au niveau régional, tout comme celui en Itep, deux fois moindre qu'au niveau national. L'accueil en établissements pour les adultes en situation de handicap, que se soit pour l'hébergement, le travail adapté ou le maintien à domicile, se situe au niveau des moyennes nationale ou régionale, sauf pour les foyers d'accueil médicalisés qui sont sous-représentés.

En ce qui le concerne, le groupe de santé Filiaris accompagne dans le Bassin quelque 173 000 patients en médecine générale, répartis dans 59 centres de santé polyvalents auxquels s'ajoutent trois centres dans les communes complémentaires et neuf centres de santé spécialisés, dont de soins dentaires ou de kinésithérapie. Ces centres sont plutôt concentrés dans les CA d'Hénin-Carvin et de Lens - Liévin, et laissant la partie occidentale autour de Lilliers relativement dépourvue.

En plus de spécialités médicales courantes (rhumatologie, neurologie, endocrinologie, gynécologie, psychiatrie...), six d'entre eux ont une offre en pneumologie, discipline en voie de raréfaction dans l'ensemble du Bassin.

L'offre de Filiaris s'étend aussi aux établissements et services de soins et médico-so-

ciaux. Principalement concentrés à l'ouest du Bassin, ils accompagnent une population vieillissante au sein d'Ehpad, de résidences autonomie au encore grâce à des services de soins infirmiers à domicile.

L'état de santé est loin d'être satisfaisant dans le Bassin urbain à dynamiser au regard de la moyenne nationale, mais aussi de la partie complémentaire.

L'espérance de vie, notamment à la naissance, est un indicateur synthétique qui permet d'objectiver ce constat. En comparaison avec le niveau national, l'espérance de vie à la naissance des hommes domiciliés dans le Bassin est de 4,7 ans inférieure à celle de l'ensemble des Français. L'écart est également conséquent chez les femmes (2,9 ans). Dans la partie complémentaire, si elle est meilleure que dans le Bassin, l'espérance de vie à la naissance se situe à un niveau en retrait à la moyenne nationale, notamment chez les femmes (-1,9 an *versus* -1,4 an chez leurs homologues masculins).

Ce constat résulte naturellement d'une forte mortalité au sein de cette partie du territoire des Hauts-de-France. Elle est importante tous âges et genres confondus mais elle l'est encore plus pour la mortalité dite prématurée, qui survient chez les moins de 65 ans. Ainsi, la surmortalité dans ce groupe de population dépasse les 50 % au regard du niveau national pour les hommes comme pour les femmes. Cet écart se creuse régulièrement ces dernières années. Cependant, la mortalité prématurée enregistrée dans la partie complémentaire du Bassin baisse régulièrement pour se rapprocher de la valeur nationale. Ainsi, l'écart est passé de +26 % en regard du niveau national au début des années quatre-vingt à +8 % chez les

femmes désormais et de +22 % à +6 % chez les hommes sur la même période. Dans le Bassin urbain à dynamiser, les valeurs sont respectivement de +45 % et +50 % chez les femmes et de +52 % et +71 % chez les hommes.

De fait, les évolutions sont particulièrement intéressantes à analyser pour permettre les comparaisons entre le Bassin urbain à dynamiser et la partie complémentaire. Que ce soit pour la mortalité tous âges ou pour les seuls moins de 65 ans, les écarts entre les deux territoires se creusent. En effet, quand l'écart stagne pour la partie complémentaire, une augmentation est retrouvée pour le Bassin urbain à dynamiser et lorsque l'écart n'évolue pas au sein du Bassin, une amélioration sensible est retrouvée dans la partie complémentaire. Des évolutions tellement différentes dans deux zones si proches ne peuvent que faire réfléchir aux actions à mener localement. Pour préciser leur cible, l'analyse par cause tant de mortalité que de morbidité devient alors incontournable.

Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire représentent un peu plus de la moitié de la mortalité du Bassin, les cancers étant devenus depuis quelques années la première cause de décès. Toutefois, cette réalité n'est encore le fait que de la seule population masculine. En effet, tous âges, tant en termes de nombre que de taux, les valeurs pour les cancers sont devenues supérieures chez les hommes à celles des maladies cardiovasculaires, l'inverse étant toujours constaté chez



les femmes même si les écarts entre les deux groupes de pathologies se réduisent. Ce constat est le même que ce soit aux niveaux national et régional, dans le Bassin urbain à dynamiser ou dans la partie complémentaire. Comme pour la mortalité toutes causes, le différentiel pour les décès de moins de 65 ans sur la période 2009-2015 est plus important avec le niveau national que tous âges, tant chez les hommes que chez les femmes pour les cancers comme pour les maladies cardiovasculaires. Ainsi, pour les hommes, il est de l'ordre de +40 % tous âges et dépasse les +80 % chez les seuls moins de 65 ans pour les cancers. Chez les femmes, il est respectivement de +20 % et de +29 %. Pour les maladies cardiovasculaire, chez les hommes, le différentiel avec le niveau national est de +26 % tous âges et de +78 % pour les seuls moins de 65 ans. Chez les femmes, ces écarts sont respectivement de +30 % et de +96 %. Pour de nombreuses localisations de cancer, les taux se révèlent très différents de la moyenne nationale, mais il faut mettre en exergue les fortes surmortalités par cancers de la trachée, des bronches et du poumon et des voies aérodigestives supérieures chez les hommes. Cet important différentiel avec la France est d'ailleurs retrouvé au niveau des admissions de longue durée pour ces deux localisations en défaveur des hommes du Bassin urbain à dynamiser. Par contre, chez les femmes, alors que le taux de mortalité par cancer du sein est bien supérieur dans le Bassin urbain à dynamiser, le taux d'admission en ALD n'est pas différent de la valeur nationale, ce qui ne peut que constituer une interrogation pour comprendre les raisons de l'écart entre les deux indicateurs

Concernant les maladies cardiovasculaires, les différences entre le Bassin urbain à dynamiser avec le niveau national sont importantes pour les trois premières composantes que sont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques ou encore les accidents vasculaires cérébraux. Elles sont retrouvées tant chez les hommes que chez les femmes, tant en termes de mortalité qu'en admission en affections de longue durée. Les écarts sont particulièrement élevés chez les moins de 65 ans domiciliés dans le Bassin alors que, bien qu'existants, ils sont plus faibles dans la partie complémentaire.

Les maladies respiratoires restent très prégnantes dans le Bassin urbain à dynamiser, avec une surmortalité de 70 % au regard du niveau national, essentiellement chez les hommes. Même si elle est importante, la

partie complémentaire du Bassin affiche une surmortalité moindre (+45 %). Depuis une quarantaine d'années, les taux de décès dû aux maladies respiratoires baissent très significativement chez les hommes quel que soit, leur âge. Pour les femmes, le différentiel de mortalité avec le niveau national progresse, ce qui en fait une pathologie à surveiller. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la tendance récente est plutôt à une augmentation comme chez les femmes de moins de 65 ans dans le Bassin. Composante des maladies de l'appareil respiratoire, la broncho-pneumopathie chronique obstructive est plus importante au regard du niveau national ; elle ne l'est toutefois que chez les hommes.

Les maladies de l'appareil digestif sont la source également d'une très forte surmortalité pour les habitants du Bassin urbain à dynamiser. Ainsi, tant chez les hommes que chez les femmes, le double de décès est retrouvé pour les habitants du Bassin au regard de la moyenne nationale tous âges. Ce constat est encore aggravé chez les seuls moins de 65 ans puisque c'est le triple de décès qui sont alors dénombrés. Là encore, même si une surmortalité existe, elle est bien moindre dans la partie complémentaire à celle retrouvée dans le Bassin. Les maladies du système nerveux sont pour sept décès sur dix liées aux maladies d'Alzheimer ou de Parkinson. Les décès surviennent essentiellement chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux ne cessent de croître et ce de façon plus importante au sein du Bassin urbain à dynamiser qu'au niveau national. Ceci a pour conséquence un écart qui se creuse de façon régulière avec la France hexagonale.

Pour les morts violentes, les suicides sont également nombreux sur le Bassin urbain à dynamiser, notamment chez les hommes et la baisse est plus faible qu'à l'échelon France. La mortalité par accidents de la circulation est par contre bien inférieure à ce qui est observée au niveau national. Pour les chutes accidentelles, une surmortalité est retrouvée chez les femmes de 65 ans ou plus.

Enfin, la dernière mesure de l'état de santé présentée dans le document est approchée à travers les décès survenant chez des personnes âgées de 75 ans ou plus. Une partie de ces décès peut être considérée comme évitable, soit parce qu'ils sont liés à des actions de prévention, soit par une amélioration du système de soins. La surmortalité est importante dans le Bassin urbain à dynamiser pour ces décès spécifiques notamment chez les hommes comme chez les femmes ; ils seraient évitables par des actions de prévention. Toutefois, pour ces dernières actions, la baisse est plus soutenue qu'au niveau national ce qui fait que l'écart se réduit. La surmortalité évitable liée au système de soins est aussi également importante dans le Bassin urbain à dynamiser. Des différences géographiques et par genre existe au regard du système de soins ; la surmortalité par rapport à la France est plus marquée chez les hommes que chez les femmes du Bassin urbain à dynamiser et c'est le constat inverse qui est porté pour la partie complémentaire. Pour conclure, un accompagnement des populations qui composent le Bassin urbain à dynamiser est à faire ; il ne sera efficient qu'en prenant en compte les spécificités territoriales et sociales et en œuvrant de concert entre l'ensemble des acteurs impliqués.

DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ
ET DU SOCIAL, DE NOMBREUX
SIGLES SONT UTILISÉS.
LES DÉCRYPTER PERMET DE
SE FAMILIARISER AVEC EUX,
PARFOIS DE S'IMPRÉGNER
DE LA SYMBOLIQUE QU'ILS
RECOUVRENT. CETTE PARTIE
A POUR OBJET DE SE LES
APPROPRIER.



SIGLAIRE

SIGLAIRE

AAH : Allocation aux adultes handicapés
Adeli : Automatisation des listes
Ahnac : Association hospitalière Nord Artois clinique
ALD : Affection de longue durée
Asip - Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé
Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Bac : Baccalauréat
BEPC : Brevet d'études du premier cycle
BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CA : Communauté d'agglomération
Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce
CANSSM : Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CC : Communauté de communes
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
CH : Centre hospitalier
Cim : Classification internationale des maladies
Clic : Centre local d'information et de coordination
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
Cnaf : Caisse nationale d'allocations familiales
Cnam : Caisse nationale de l'assurance maladie
CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants
DGFiP : Direction générale des Finances publiques
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
Esat : Établissement et service d'aide par le travail
Fam : Foyer d'accueil médicalisé
Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
ICF : Indice conjoncturel de fécondité
IEM : Institut d'éducation motrice
IME : Institut médico-éducatif
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
Itep : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
Mas : Maison d'accueil spécialisée
Max : Maximum
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MCV : Maladies cardiovasculaires
Min : Minimum
NOTRe : Nouvelle organisation territoriale de la République
OR2S : Observatoire régional de la santé et du social
Pasa : Pôle d'activité et de soins adaptés
PCS : Profession et catégorie socioprofessionnelle
PF2S : Plateforme sanitaire et sociale
Pis : Profession intellectuelle supérieure
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
Rim-P : Recueil d'information médicalisé en psychiatrie
RP : Recensement de la population
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA : Revenu de solidarité active
SAE : Statistique annuelle des établissements
Samsah : Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
Sessad : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
Spasad : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
Ssiad : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
USLD : Unité de soins de longue durée
VADS : Voies aérodigestives supérieures

Imprimé en mai 2019, ce document a été réalisé par Cécile Gauthiez, Nadège Thomas, Philippe Lorenzo, Sophie Debuisser, Maxime Pérot, Anne Lefèvre, François Michelot et Alain Trugeon, et mis en page par Sylvie Bonin. Sa production est rendue possible grâce aux outils de traitement de l'information développés à l'OR2S par Jérôme Lemaire et Michaël Mansion.
Remerciements à tous les producteurs de données ainsi qu'au groupe de santé Filieris.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
Faculté de médecine, 3, rue des Louvels - 80036 AMIENS Cedex 1 - Tél : 03.22.82.77.24
E-Mail : info@or2s.fr - Site Internet : www.or2s.fr

CONSEIL RÉGIONAL DES HAUTS-DE-FRANCE
151, avenue du président Hoover - 59555 LILLE Cedex - Tél : 03.74.27.00.00
Site Internet : www.hautsdefrance.fr

Ce document présente l'état des lieux dans le domaine socio-sanitaire du Bassin urbain à dynamiser. Par un arrêté du 14 février 2018, ce territoire est composé de cent cinquante communes dont une moitié appartient au département du Nord (sur quatre établissements de coopération intercommunale-EPCI-) et l'autre moitié au département du Pas-de-Calais (sur trois EPCI).

Il est composé de trois parties.

La première concerne la situation sociodémographique, la deuxième traite de l'offre de soins et de services et la troisième, la plus conséquente, se focalise sur l'état de santé de la population.

Globalement, la situation du Bassin urbain à dynamiser qui représente un sixième de la population des Hauts-de-France n'est guère satisfaisante au regard des indicateurs qui sont analysés, que ce soit dans le domaine social ou celui de la santé.

Pour s'en convaincre, il suffit de s'imprégner de la soixantaine d'illustrations présentes dans le document.

Pour autant, même si cette situation perdure depuis de très nombreuses années et si, de plus, les dernières évolutions ne sont pas nécessairement encourageantes, la volonté des élus du territoire en lien étroit avec les acteurs publics et le conseil régional doivent permettre de faire entrer ce bassin dans une nouvelle dynamique. Ce document a pour objet de mettre en exergue les points prioritaires auxquels il est indispensable désormais de s'atteler.

